



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU

Uuden edellä

Terveydenhuoltolaki mahdollistaa valinnan

Koivumäki, Anna

2013 Hyvinkää



Laurea-ammattikorkeakoulu
Hyvinkää

Terveystenhooltolaki mahdollistaa valinnan

Anna Koivumäki
Yrittäjyys ja liiketoimintaosaaminen
Opinnäytetyö
Marraskuu, 2013

Anna Koivumäki

Terveystenhuoltolaki mahdollistaa valinnan

Vuosi	2013	Sivumäärä	79
-------	------	-----------	----

Terveystenhuoltolaki tuli voimaan toukokuun 2011 alusta. Se laajensi vapautta valita hoitopaikka ja hoitohenkilöstö julkisessa perusterveydenhuollossa. Vuodesta 2014 alkaen on mahdollisuus valita oma terveysasema myös kotikunnan ulkopuolelta. Hyvinkään terveyskeskuksen toimeksiannosta päätettiin toteuttaa tutkimus: selvitys uuden terveystenhuoltolain mukaisesta terveysaseman valintaoikeuden käytöstä Hyvinkäällä ja naapurikunnissa.

Tutkimukseen osallistuivat Hyvinkäällä pääterveysasema, Hakalan neuvola sekä Paavolan terveysasema ja Hyvinkään sairaalan päivystys, Mäntsälän terveysasema, Nurmijärven Rajamäen terveysasema, Riihimäen seudun terveyskeskuksen kuntayhtymä eli Riihimäen pääterveysasema, Lopen terveysasema sekä Oitin ja Ryttylän terveysasemat. Aineistoa kerättiin paperisilla kyselylomakkeilla terveysasemilta sekä Hyvinkään kaupungin verkkosivuille sijoitetulla sähköisellä kyselyllä. Vastauksia saatiin terveysasemilta yhteensä 170 kappaletta ja verkkokyselystä 26 kappaletta. Yhteensä vastauksia saatiin 196 kappaletta.

Tämän tutkimuksen perusteella kaikki saadut vastaukset huomioiden Hyvinkään ja naapurikuntien terveysaseman käyttäjistä 15 % aikoo vaihtaa terveysasemaa, kun se tulee mahdolliseksi vuonna 2014. Lisäksi viidennes ei osannut ainakaan vielä sanoa kantaansa. Varsinkin verkkokyselyn vastausten perusteella ilmeni, että ihmiset eivät tienneet tulevasta valintaoikeudestaan eivätkä nykyisestä oikeudesta vaihtaa terveysasemaa kunnan sisällä. Niitä, jotka ovat tähän mennessä vaihtaneet terveysasemaa oman kunnan sisällä, on tutkimusten mukaan hyvin vähän.

Tämän tutkimuksen perusteella yli puolet vastaajista käyttää lisäksi yksityisiä yleislääkäripalveluita. Heistä yli puolet olisi valmiita vaihtamaan yksityiset palvelunsa julkiseen terveystenhuoltoon. Vastaajista 20 % ilmoitti valitsevansa muun kuin oman terveysaseman, mutta vain harva kirjoitti, minkä he valitsisivat. Näin ollen toistaiseksi näyttää olevan hyvin satunnaista se, minne valinta kohdistuu.

Asiasanat: Terveystenhuoltolaki, perusterveydenhuolto, potilaan valintaoikeus, potilaskulutusta ja

Anna Koivumäki

Public healthcare law allows your choice

Year	2013	Pages	79
------	------	-------	----

Public health care law came into force in May 2011. It expanded the freedom to choose your healthcare centre and the medical staff in public healthcare. From 2014 onwards, everyone will have the opportunity to choose their own health centre from anywhere in Finland. Hyvinkää's health centre decided to carry out research, reviewing how the new law's freedom of choice would impact on Hyvinkää and neighbouring municipalities.

The study involved healthcare centres in Hyvinkää (including Paavola and Hakala), Mäntsälä, Rajamäki in Nurmijärvi, Riihimäki Region Health Federation of Municipalities (including Loppi, Oitti, Ryttylä and Riihimäki health centres) and Hyvinkää's emergency hospital. The data were collected using a paper questionnaire together with an electronic questionnaire placed on a Hyvinkää website. Responses received amounted to a total of 171 from health centers and 26 from the website. Consequently the total responses received was 197.

Based on this study taking into account all of the responses, 15% of Hyvinkää's and neighboring health center users plan to change their health center, when it will be possible in 2014. In addition, a fifth did not know, at least not giving an opinion. In particular, the online survey responses showed that people did not know that they will have a right to change the current health center. There are only a few who have so far changed their health center within the municipality.

Based on this study, more than half of the respondents used in addition private healthcare services. Over half of them would be willing to exchange private services to public healthcare. 20% of the respondents said they would elect another than their own health center, but only a few wrote what they would choose instead. Hence, it seems very random, as to where the selection is made.

Keywords: Public healthcare law, primary health care, patient's freedom of choice, patient consumer

Laki- ja lyhenneluettelo

Hallintolaki (434/2003)

Kansanterveyslaki (66/1972)

Kotikuntalaki (201/1994)

Kuntalaki (365/1995)

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (980/2012)

Laki kansanterveyslain muuttamiseksi (855/2004)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992)

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (159/2007)

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta (733/1992)

Laki yksityisestä terveydenhuollosta (152/1990)

Sairausvakuutuslaki (1224/2004)

Suomen perustuslaki (731/1999)

Terveydenhuoltolaki (1326/2010)

EOA	Eduskunnan oikeusasiamies
EOAL	Eduskunnan oikeusasiamiehen lausunto
HaVL	Hallintovaliokunta
HE	Hallituksen esitys
HL	Hallintolaki
KuntaL	Kuntalaki
PeVL	Perustuslakivaliokunta
PerusL	Perustuslaki
SoPS	Valtiosopimus
STM	Sosiaali- ja terveysministeriö
StVM	Sosiaali- ja terveysvaliokunnan mietintö
SVT	Suomen virallinen tilasto
THL	Terveyden ja hyvinvoinninlaitos
Valvira	Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto
Vp.	Valtiopäivät
VRK	Väestörekisterikeskus

Sisällys

1	Johdanto	8
1.1	Opinnäytetyön sisältö	8
1.2	Tutkimukseen liittyviä käsitteitä	9
2	Terveystenhuollon lainsäädäntö ja sen taustat	10
2.1	Perusoikeudet terveydenhuoltolainsäädännön taustalla	12
2.1.1	Oikeus sosiaali- ja terveyspalveluihin	13
2.1.2	Ihmisoikeussopimukset	15
2.2	EU:n terveyspolitiikka	16
2.3	Terveystenhuoltolain taustoista	18
2.3.1	Hoitoon pääsy	20
2.3.2	Hoitotakuu	21
2.3.3	Kiireetön hoito	23
2.3.4	Riittävien henkilöstöressurssien turvaaminen	23
2.3.5	Henkilöstön määrällinen arviointi	24
2.3.6	Potilaan valinnan mahdollisuus	24
2.3.7	Potilaan valinnanvapaus käytännössä	25
2.3.8	Esimiehen rooli valinnanvapauden mahdollistajana	27
2.3.9	Potilaskuluttaja	27
2.3.10	Kokemuksia Ruotsista ja Suomesta	28
3	Tutkimuksen luonne ja tutkimussuunnitelma	29
3.1	Tutkimusongelma	30
3.2	Tutkimuksen tavoitteet	33
3.2.1	Nykytilanteen kartoitus	33
3.2.2	Kyselyn tavoitteet	34
3.3	Otos, otanta, populaatio	34
3.3.1	Nykytilanne Hyvinkäällä ja naapurikunnissa	36
3.3.2	Päivystyspalvelut	38
3.4	Aineiston keruu	39
3.4.1	Kyselylomake	39
3.4.2	Lomakkeen ja saatteen testaus	40
3.4.3	Paperilomakkeiden jako terveysasemille	41
4	Tutkimustulokset	41
4.1	Suorat jakaumat kyselyn vastauksista	42
4.1.1	Hoitopaikan valinta	43
4.1.2	Vastaajien taustatiedot	50
4.2	Ristiintaulukointi	53
4.3	Yhteenveto tuloksista	56

5	Tutkimuksen luotettavuus	57
5.1	Tutkimuksen reliabiliteetti (pysyvyys)	57
5.2	Tutkimuksen validiteetti (luotettavuus)	58
5.2.1	Vertailu populaatioon	60
5.2.2	Vertailu Oulun VALO-tutkimukseen	62
6	Johtopäätökset	63
6.1	Valinnan vapauden laajentumisen mahdolliset ongelmat.....	64
6.2	Kohti asiakkuutta.....	66
6.3	Loppusanat	67
	Lähteet	69
	Kuvat..	73

1 Johdanto

Hyvinkään terveyskeskuksen toimeksiannosta päätettiin tehdä tutkimus: selvitys terveydenhuoltolain mukaisesta terveysaseman valintaoikeuden käytöstä Hyvinkäällä ja naapurikunnissa. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, kuinka moni aikoo hakeutua hoitoon kotikuntansa ulkopuolelle. Tutkimus oli luonteeltaan kvantitatiivinen eli määrällinen, koska tavoitteena oli tutkia mahdollisten vaihtajien määrää.

Terveydenhuollossa palvelut jaetaan kahteen ryhmään, perusterveydenhuoltoon ja erikoissairaanhoidon. Rajan vetäminen näiden välille on kuitenkin liukuvaa ja työnjako vaihtelee sen mukaan, miten kaukana lähin erikoissairaala sijaitsee.¹ Tässä opinnäytetyössä tarkastellaan perusterveydenhuoltoon kohdistuvaa kiireettömän hoidon hoitopaikan valinnanvapautta. Ikä, yhteiskunnallinen asema, työ- ja elämäolosuhteet, perintötekijät, elämäntavat ja useat muut tekijät vaikuttavat siihen, kuinka paljon ja missä elämän vaiheessa kukin tarvitsee ja käyttää näitä palveluita². Tilastojen mukaan terveyskeskusten palveluista eniten käytetään avosairaanhoitoa³.

Uuden terveydenhuoltolain (1326/2010) mukaan potilaiden mahdollisuus valita hoitopaikkansa laajenee koko maan kattavaksi vuonna 2014, jolloin kansalaisille tulisi tarjota myös laatutietoa valintojensa tueksi. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos (THL) avasi vuonna 2011 Palveluvaaka-verkkopalvelun⁴, joka sisältää sosiaali- ja terveyspalvelujen vertailutietoja. Kansainvälisen yhteistyön (mm. EU) tavoitteena on saada aikaan potilaiden yhdenmukainen kohtelu asuinmaasta riippumatta. Ihmisoikeussopimuksilla pyritään luomaan yhteisiä pelisääntöjä hyväksyttävälle toiminnalle.⁵

1.1 Opinnäytetyön sisältö

Johdannon jälkeen opinnäytetyössä käsitellään terveydenhuoltolain tausta sekä yhteys perustuslakiin ja ihmisoikeussopimuksiin. Tämän jälkeen käsitellään tarkemmin tutkimuksen luonne sekä tutkimusongelma. Varsinaisiin tutkimustuloksiin päästään luvussa 4. Teorian ja tulosten jälkeen arvioidaan tutkimuksen luotettavuutta ja lopuksi on aika tehdä johtopäätöksiä ja arvioida onnistumista. Johtopäätöksissä on tarkoitus kartoittaa mahdollisia ongelmia uuden lain seurauksena ja miettiä jatkotoimenpiteitä.

¹ Lammi-Taskula 2011, 102.

² Lammi-Taskula 2011, 50.

³ THLa 2011, 4.

⁴ Ks. <http://www.palveluvaaka.fi>.

⁵ Kotisaari & Kukkola 2012, 6.

Opinnäytetyön teoriaosuudessa on käsitelty aiheita, jotka liittyvät terveydenhuoltolain syntymiseen, EU:n terveystalouteen ja potilaiden liikkuvuus -direktiiviin sekä potilaan mahdollisuuteen valita terveysasema mistä tahansa Suomen kunnasta. Asiakaskeskeisyys ja yksilön oikeuksien vahvistaminen ovat avainroolissa terveydenhuoltolain valmistelutöissä. Terveydenhuollossa on myös yleistynyt käsite potilaskuluttaja.⁶ Tutkimusaineistoa kerättiin kyselylomakkeen avulla, jonka kysymykset perustuivat tutkimusongelman ratkaisuun. Vastaajien taustatietojen selvittämisen avulla voitiin arvioida tutkimuksen luotettavuutta, koska tällöin niitä pystyttiin vertaamaan populaatioon.

1.2 Tutkimukseen liittyviä käsitteitä

Kansanterveystyöllä tarkoitetaan yksilön, väestön ja elinympäristön kohdistuvaa terveyden edistämistä ja yksilön sairaanhoitoa. Käsitteen avulla on kuitenkin vaikea yksilöidä niitä tehtäviä, jotka kuuluvat kunnan perusterveydenhuollon vastuulle.⁷ Kansanterveyslaki (66/1972) edellyttää, että kunnassa on oltava terveyskeskus. Kunta on velvollinen järjestämään asukkailleen perusterveydenhuollon palvelut terveyskeskuksessa. Terveyskeskus ei kuitenkaan järjestä itse kaikkia perusterveydenhuollon palveluita. Joihinkin palveluihin potilas saa lähteen, jonka perusteella hän voi saada hoitonsa muualta.⁸

Terveydenhuollolla tarkoitetaan perinteisesti sairauden parantamista ja ennaltaehkäisyä yksilökohtaisesti. Terveydenhuolto jaetaan kolmeen osaan, terveydenhoitoon, sairaudenhoitoon ja lääkinnälliseen kuntoutukseen. Terveydenhuollolla voidaan tarkoittaa myös toiminnassa olevaa lääkintälaitosta ja sen tuotosta, aikaansaatuja terveyspalveluja.⁹ Terveydenhuoltolain mukaan perusterveydenhuollolla tarkoitetaan kunnan järjestämää väestön terveydentilan seurantaa, terveyden edistämistä ja sen osana terveysneuvontaa ja terveystarkastuksia, suun terveydenhuoltoa, lääkinnällistä kuntoutusta, työterveyshuoltoa, ympäristöterveydenhuoltoa sekä päivystystä, avosairaanhoitoa, kotisairaanhoitoa, kotisairaala- ja sairaalahoitoa, mielen-terveystyötä ja päihdetyötä siltä osin, kuin niitä ei järjestetä sosiaalihuollossa tai erikoissairaanhoidossa.¹⁰ Terveyspalveluja ovat avosairaanhoito, sairaalat, terveysneuvonta, äitiyshuolto ja sairausvakuutusjärjestelmä.¹¹

Terveyskeskus on organisaatio, jolla voi olla monta toimipistettä (esim. erillinen neuvola tai terveysasema). Terveyskeskuksilla on usein myös oma vuodeosasto eli terveyskeskuksen sai-

⁶ Esim. Tuorila 2006.

⁷ Lehtonen 2010, 3.

⁸ Lammi-Taskula 2011, 101.

⁹ Lohiniva-Kerkelä 2007, 23.

¹⁰ Terveydenhuoltolaki 1326/2010, 3 §, 2 mom.

¹¹ Jyränki 2000, 318.

raala.¹² Terveydenhuollon toimintayksikkö määrittyy terveydenhuollon järjestämistä koskevan lainsäädännön sekä hallinnollisen organisaatorakenteen kautta.¹³ Julkisen terveydenhuollon vaihtoehtona on etenkin suurissa kaupungeissa mahdollista valita yksityinen lääkäriasema. Nämä tarjoavat enimmäkseen perusterveydenhuoltoa tai sairaaloiden poliklinikkatyötä korvaavia palveluita erikoislääkärivoimin.¹⁴ Yksityisen terveydenhuollon toimintayksiköistä säädetään lailla yksityisestä terveydenhuollosta (152/1990). Tässä tutkimuksessa kysyttiin terveysasemien kävijöiltä myös sitä, käyttävätkö he yksityislääkärin palveluita (esim. Mehiläinen, Suomen Terveystalo) ja vaihtaisivatko he tämän palvelun julkiseen terveydenhuoltoon.

Avohoitokäynti tarkoittaa terveydenhoito- tai sairaanhoitokäyntiä terveydenhuollon ammattilaisen vastaanotolla tai ammattilaisen käyntiä asiakkaan luona. Avohoitokäynnit liittyvät terveydentilan selvittämiseen (esim. lääkärintodistukset). Avohoitokäyntejä ovat erilaiset vastaanottokäynnit, terveystarkastus-, rokotus- ja seulontakäynnit. Terveyskeskuskäynnillä tarkoitetaan kaikkia perusterveydenhuollon avohoidon käyntejä.¹⁵ Potilaalla tarkoitetaan terveydenhuoltopalvelujen käyttäjää tai niiden kohteena olevaa henkilöä. Näiden perusero on se, käyttääkö henkilö palveluja vapaaehtoisesti vai onko hän niiden kohteena vastoin tahtoaan. Kyseessä on henkilö, joka terveydentilansa vuoksi käyttää palveluita, joita antavat terveydenhuollon ammattilaiset tai joita annetaan terveydenhuollon toimintayksikössä.¹⁶ Tähän tutkimukseen liittyvät potilaat ovat vapaaehtoisia terveyspalveluiden käyttäjiä.

2 Terveydenhuollon lainsäädäntö ja sen taustat

Tässä luvussa selvitetään, mitä tavoitteita ja teemoja on löydettävissä terveydenhuoltolain taustalta sekä miten laki linkittyy perustuslakiin. Kansallista lainsäädäntöä on nykyisin vaikea säätää ilman vaikutteita EU:n sääntelystä. Tästä johtuen luvussa käsitellään myös EU-tasoista terveyspolitiikkaa. Terveydenhuoltolain 48 §:n¹⁷ voimaantulon jälkeen tulee olemaan haastavaa tai mahdotonta perustella liikkumismahdollisuuden rajoittumista vain Suomen rajojen sisäpuolelle, kun otetaan huomioon Euroopan unionin sääntely.¹⁸

Lain säätäminen alkaa lainvalmistelulla ja lait valmistellaan hallituksen ohjauksen alaisena. Asia tulee vireille esim. hallituksen esityksestä tai kansanedustajan tekemällä lakialoitteella. Valmistelussa tuotetaan lakiehdotus, jonka hallitus esittää eduskunnalle. Lainvalmistelussa tehdyillä esitöillä on suomalaisessa järjestelmässä merkittävä paikka toissijaisena oikeusläh-

¹² Lammi-Taskula 2011, 97.

¹³ Lohiniva-Kerkelä 2007, 25.

¹⁴ Lammi-Taskula 2011, 101.

¹⁵ Ks. esim. THLa 2011, 17.

¹⁶ Lohiniva-Kerkelä 2007, 26.

¹⁷ 48 §: Laajennettu kiireettömän hoidon hoitopaikan valintaoikeus.

¹⁸ Tuovinen 2012, 64.

teenä.¹⁹ Käytännössä eduskunnan säätämien lakien sisältö määräytyy hyvin pitkälti lainvalmistelussa, jossa tuotetaan hallituksen esitys. Hallitusohjelma on ensisijassa lainsäädäntöohjelma ja vasta toisaalta valtiontalouden hoitoa koskeva suunnitelma.²⁰

Lakiensäätäminen on Tuorin mukaan yksi tärkeimmistä nykyaikaisen yhteiskunnan erikoistuneista oikeuskäytännöistä. Keskeisessä osassa ovat poliitikot, jotka päättävät ministereinä hallituksen esitysten antamisesta eduskunnalle ja kansanedustajina näiden esitysten hyväksymisestä (joskus hylkäämisestä). Lainsäädäntöä voidaan tarkastella keinona yhteiskuntapoliittisten tavoitteiden toteuttamiseksi.²¹ Näin ollen sillä on merkitystä, kuka tai ketkä lakia ovat valmistelemassa.

Uutta lainsäädäntöä valmistellaan aluksi komiteoissa, toimikunnissa tai työryhmissä. Komiteatyypiset elimet laativat joko lainsäädäntöehdotuksia tai lainsäädännön uudistamista koskevia perusselvityksiä, joissa arvioidaan yhteiskunnallisia, hallinnollisia, taloudellisia ja ympäristöön kohdistuvia vaikutuksia.²² Työskentelyään varten komitea tekee, teettää tai hankkii erilaisia tutkimuksia ja selvityksiä, kuulee asiantuntijoita ja pyytää viranomais- ja asiantuntijalausuntoja.²³ Hallituksen esitykset ja erikoisvaliokuntien mietinnöt ja lausunnot ovat tärkeitä selvitettäessä lain syntyä tai säännösten sisältöä. Materiaalilla voidaan selvittää lainsäätäjän tahtoa (ratio legis).²⁴ Tätä opinnäytetyötä varten on luettu mm. terveydenhuoltolakia valmisteluiden eri työryhmien kannanottoja, hallituksen lakiesitystä terveydenhuoltolaiksi sekä laeiksi kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidolain muuttamiseksi sekä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain muuttamiseksi (90/2010) sekä perustuslakivaliokunnan kannanottoa (41/2010).

Terveydenhuoltolain valmistelussa pidettiin tärkeänä potilaiden osallistumista ja asiakaslähtöisten palvelujen kehittämistä. Mielipiteiden kartoittamiseksi on olemassa monia tapoja, esim. väestökysely. Tuloksena kertyy aineistoa siitä, missä on onnistuttu ja missä on kehittämisen varaa.²⁵ Tässä tutkimuksessa käytettiin tutkimusongelman ratkaisuun kyselyä. Oikeustieteessä terveydenhuoltoon kohdistuvaa sääntelyä on pidetty vaikeana sijoittaa ja sitä on pidetty sellaisena elämänaalueena, jota on syytä säännellä oikeudellisesti mahdollisimman vähän. Perinteinen tarkastelu tehdään hallinto-oikeuden näkökulmasta, esimerkiksi tarkasteltaessa potilaan hoidon saantiin liittyviä oikeusturvakysymyksiä. Terveydenhuolto-oikeuden alaan

¹⁹ Jyränki 2003, 287.

²⁰ Jyränki 2000, 160.

²¹ Tuori 2003, 16 - 17.

²² Husa, Mutanen & Pohjolainen 2008, 50.

²³ Husa ym. 2008, 51.

²⁴ Husa ym. 2008, 55.

²⁵ Kotisaari & Kukkola 2012, 69.

kuuluviiksi voidaan katsoa ne normistot, jotka sääntelevät terveydenhuoltopalveluita ja niiden tuottamista.²⁶

Lainsäädännön kasvu terveydenhuoltoalalla liittyy Kotisaaren ja Kukkolan (2012) mukaan ennen kaikkea organisaatioiden ja resurssien säätelyyn.²⁷ Poliitikot päättävät henkilöstö- ja taloudellisten resurssien ohjauksesta, ja tämä voi pahimmassa tapauksessa vaikuttaa potilaan asemaan, jos hänen hoitonsa viivästyy riittämättömien resurssien vuoksi. Potilaan asemaa ja oikeuksia voidaan tarkastella laajemmin henkilöoikeuden lähtökohdista, jolloin voidaan puhua potilasoikeudesta. Henkilöoikeudet ovat tiiviissä yhteydessä ihmis- ja perusoikeuksiin.²⁸ Potilaan asema kodifioitiin 1990-luvulla lailla potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992).

Sosiaali- ja terveysministeri Risikon 10.6.2010 pitämässä Terveystoimilaki – Yhteinen sisältölahti perusterveydenhuollolle ja erikoissairaanhoidolle -esityksessä hän listaa heti alkuun terveydenhuoltolain yhdeksi painopisteeksi asiakaskeisyyden. Asiakaskeisyyden kehittymisen myötä potilaista on tullut kuluttajia. Esityksessä arvioidaan lisäksi, että kustannusvaikutukset lisääntyvät valinnan mahdollisuuden laajentuessa.²⁹ Hallituksen esityksessä (90/2010) kuitenkin arveltiin taloudellisten vaikutusten jäävän hyvin merkityksettömiksi.

2.1 Perusoikeudet terveydenhuoltolainsäädännön taustalla

Suomessa toteutettiin mittava perusoikeusuudistus vuonna 1995, jonka seurauksena säädettiin Suomen perustuslaki (731/1999). Hallituksen esityksessä (1/1998) uudeksi Suomen Hallitusmuodoksi todettiin, että Suomen valtiosäädännön kehittäminen ei enää onnistunut perustuslain osittaisuudistuksilla. Suomeen haluttiin muita eurooppalaisia demokratioita vastaava perustuslaki, koska eurooppalainen yhdentymiskehitys ja kansainvälisten sopimusten merkityskasvoi kansallisen lainsäädännön rinnalla.³⁰

Perustuslaillinen ajattelutapa on perustuslain säännösten tulkintatapa sekä sen selittäminen, mikä on perustuslain hengen mukaista. Perustuslaillinen ajattelutapa voi myös ilmetä niistä laeista, jotka on säädetty perustuslain säännösten edellyttäminä. Perusoikeuksien osalta kunnilla on pääsääntöinen turvaamisvelvoite vain, jos mainittuun perusoikeuksien ryhmään kuuluva tehtävä on lailla saatettu kunnan tehtäväksi.³¹ Perusterveydenhuoltopalvelut kuuluvat kunnan turvaamisvelvoitteen piiriin.

²⁶ Lohiniva-Kerkelä 2007, 18; Kotisaari & Kukkola 2012, 5.

²⁷ Kotisaari & Kukkola 2012, 51.

²⁸ Kotisaari & Kukkola 2012, 51; Lohiniva-Kerkelä 2004, 20.

²⁹ Ks. Riskko: Terveystoimilaki – Yhteinen sisältölahti perusterveydenhuollolle ja erikoissairaanhoidolle. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=42730&name=DLFE-11730.pdf.

³⁰ HE 1/1998, 1.1. Uudistuksen lähtökohtia.

³¹ Heuru 2006, 53 – 54.

Eduskunnan perustuslakivaliokunta on koko julkisessa koneistossa perustuslain auktoritatiivisin tulkitsija. Perustuslaki on osa oikeusjärjestystä ja se sisältää yhteisön elämää koskevat valtiosääntöiset perusratkaisut. Lainsäädännön abstraktiotaso on korkea, joten niihin jää paljon tulkittamisen varaa.³² Tämä tulkinnanvaraisuus voi joskus johtaa pettymyksiin, koska lopputulos riippuu tulkitsijasta ja usein myös rahasta. Perusoikeudet ilmaisevat yhteiskunnassa yleisesti hyväksyttyjä perusarvoja, jotka on taattu perustuslain säännöksiin. Säännösten määrä vaikuttaa yksilön hyväksi julkisen toiminnan eri lohkoilla ja yhteiskunnassa muutenkin. Terveydenhuolto liittyy perusoikeusjaottelussa taloudellisiin, sosiaalisiin ja sivistyksellisiin oikeuksiin (TSS-oikeudet).³³

2.1.1 Oikeus sosiaali- ja terveystalouteen

Perusoikeuksiin liittyvä terveydenhuollon merkittävä muutos tapahtui vuonna 1995, kun perustuslakiin³⁴ kirjattiin oikeus riittäviin sosiaali- ja terveystalouteen eurooppalaisten esimerkkien mukaisesti. Tekninen kehitys on ollut viime aikoina terveydenhuollossa nopeaa, mutta käytössä olevat resurssit eivät ole kasvaneet samassa mittakaavassa. Tämä ristiriita tulisi ratkaista lakeja säätämällä niin kuin oikeusvaltiossa on tapana. Valitettavasti yleisesti tyydyttävien vaihtoehtojen aikaansaaminen on poliittisesti vaikeaa. Yhdenvertaisuusperiaatteen noudattaminen tekee priorisoinnista haastavaa.³⁵

Julkisella vallalla on perustuslain mukaan velvollisuus toteuttaa perus- ja ihmisoikeudet³⁶. Julkinen valta käsittää tässä yhteydessä valtion, kunnat ja kuntayhtymät virkamiehineen ja päätöksentekojärjestelmineen³⁷. Velvollisuus merkitsee terveydenhuollossa sitä, että varmistutaan siitä, että ihmisten oikeudet terveystalouteen toteutuvat. Tämä edellyttää terveystalouden toteutumisen valvontaa ja aktiivisia toimenpiteitä. Perustuslain 22 §:ssä ei ole määritelty niitä keinoja, joilla julkisen vallan tulee toteuttaa turvaamisvelvoitteensa. Keinoja harkitaan tapauskohtaisesti. Taloudellisten voimavarojen kohdentaminen ja perusoikeuksien käyttöä turvaavan ja täsmentävän lainsäädännön säätäminen kuuluvat keskeisiin keinoihin.³⁸ Taantuman vuoksi varojen kohdentamiseen on kiinnitetty entistä enemmän huomiota, ja valitettavasti tämä heijastuu julkisiin palveluihin esim. suun terveydenhuollossa, jossa lasten tarkastuskäyntejä on leikattu, sekä äitiysneuvoloissa, joissa odottavien äitien neuvolakäyntejä on karsittu.

³² Jyränki 2000, 43 - 44.

³³ Jyränki 2000, 275.

³⁴ Ks. PerusL (731/1999), 19 §.

³⁵ Kotisaari & Kukkola 2012, 6.

³⁶ PerusL 22 §.

³⁷ Ks. esim. Pahlman 2003, 73.

³⁸ Ks. EOA 1451/2010.

Perustuslain 19 §:n mukaan kunnan on tarjottava asukkailleen riittävästi terveydenhuoltolais- ja säädettyjä terveydenhuoltopalveluita. Kunnan on lisäksi osoitettava voimavaroja sosiaali- ja terveydenhuoltoon lain sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta mukaan (733/1992)³⁹. Kunta voi hoitaa sille kuuluvat vastuunsa itse, yhteistyössä muiden kuntien kanssa tai ostamalla palvelut yksityiseltä palveluntuottajalta. Kunnan vastuulla säilyy potilaan perusoikeuksien toteutuminen, vaikka palvelu ostettaisiin muualta.⁴⁰

Oikeuksien säätämisessä noudatetaan tiettyä arvojärjestystä, jossa kaikkein tärkeimmistä oikeuksista säädetään perustuslaissa. Perusoikeus on perustuslaissa säädetty yksilölle kuuluva oikeus. Näihin oikeuksiin luetaan myös oikeus terveystalouteen. Perustuslain 19 §:n 3 momentti turvaa oikeuden kiireettömään hoitoon, jonka järjestäminen on kunnan vastuulla. Momentissa on ns. lakivaraus, jonka perusteella oikeudesta terveystalouteen voidaan säätää tarkemmin lailla.⁴¹

Perustuslain 6 § yhdenvertaisesta kohtelusta turvataan terveydenhuoltopalveluissa useilla toimilla. Kunta seuraa yhteistoimin sairaanhoitopiirien kanssa, miten sosiaali- ja terveysministeriön ja THL:n ohjeita hoidon yhtenäisestä järjestämisestä noudatetaan.⁴² Talousarviopäätöksissä perusoikeussäännökset toimivat etusijanormeina, jotka on otettava huomioon, kun kuntien käytettävissä olevia voimavaroja kohdennetaan. Perustuslain 22 § velvoittaa julkista valtaa turvaamaan perusoikeuksien toteutumisen käytännössä. Tämä edellyttää julkiselta valtalta aktiivisia toimia mm. lainsäädännön avulla.⁴³

Suomessa sosiaalisista perusoikeuksista keskustellaan usein vain resurssiongelmana eli mihin meillä on varaa⁴⁴. Myös Tuori on Niemisen mukaan kirjoittanut subjektiivisten oikeuksien olevan rasite kunnan taloudelle. Tuori tarkoittaa Niemisen mukaan, että ne estävät resurssien kohdentamisen tehokkuusajatteluun.⁴⁵ Artikkelit on kirjoitettu vuonna 1996 heti sen jälkeen, kun perusoikeusuudistus oli toteutettu. Lausunnot ovat ajankohtaisia myös nyt, koska taloudellinen tilanne on samankaltainen ja Suomessa on jälleen lama. Talouden ahdinko voi johtaa palveluiden keskittämiseen pienistä yksiköistä suuriin yksiköihin, jotka usein koetaan tehokkaammiksi. Kuntalaisten perusoikeuksien toteutuminen voi vaarantua, jos palvelut siirretään reuna-alueilta keskuksiin, varsinkin ikäihmisen näkökulmasta näin voi käydä.

³⁹ Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta (733/1992) 3 § & 4 §.

⁴⁰ PerusL 19 §.

⁴¹ PerusL 19 § 3 mom.

⁴² Kotisaari ym. 2012, 12.

⁴³ HE 77/2004, 7.

⁴⁴ Nieminen 1996, 909 - 929.

⁴⁵ Nieminen 1996, 909 - 929.

Kiireellisen hoidon käsitettä ei ollut aikaisemmin määritelty terveydenhuollon lainsäädännössä. Terveydenhuoltolain (1326/2010) lausuntokierroksella perustuslakivaliokunta totesi, että kiireellinen hoito on merkittävältä osin perustuslain 19 §:n 1 momentissa tarkoitetun välttämättömän huolenpidon alaan kuuluvaa toimintaa, ja näin ollen sen perusteista on vahvan perusoikeuskytkennän vuoksi säädettävä laissa.⁴⁶

2.1.2 Ihmisoikeussopimukset

Yksilön tärkeitä perusoikeuksia turvataan perustuslain lisäksi yleismaailmallisilla tai alueellisilla kansainvälisillä ihmisoikeussopimuksilla. Ihmisoikeus-termillä viitataan kansainväliseen asiayhteyteen eli kyseessä on kansainvälisesti tunnustettu kaikille ihmisille kuuluva arvo tai arvo, jolle on vaadittu kansainvälistä tunnustusta.⁴⁷ Euroopan neuvoston yleissopimuksessa ihmisoikeuksien ja ihmisarvon suojaamiseksi biologian ja lääketieteen alalla (24/2010) todetaan 2 artiklassa, että ihmisen etu ja hyvinvointi ovat tärkeämpiä kuin pelkkä yhteiskunnan tai tieteen hyöty. Yleissopimuksen 3 artiklassa pyritään takaamaan tasapuolinen pääsy laadultaan tarkoituksenmukaiseen terveydenhuoltoon, mikä tarkoittaa terveydenhuollon tarpeen ja käytettävissä olevien voimavarojen huomioimisen. Tässä jälkimmäisessä artiklassa kiteytyy taantuma-ajan ongelma eli käytettävissä olevien voimavarojen vähyys. Voimavara voi olla taloudellinen tai henkilöstöön liittyvä.

YK:n taloudellisia, sosiaalisia ja sivistyksellisiä oikeuksia koskevan yleissopimuksen⁴⁸ 12 artiklassa tunnustetaan jokaiselle oikeus nauttia korkeimmasta mahdollisesta ruumiin- ja mielen-terveydestä. Sopimusvaltioiden tulee ryhtyä toimenpiteisiin sellaisten olosuhteiden luomiseksi, joilla turvataan jokaiselle lääkärin ja sairaaloiden palvelut sairastapauksissa. Vastaava löytyy Euroopan sosiaalista peruskirjasta⁴⁹. Kansainväliset ihmisoikeussopimukset eivät velvoita sopimusvaltioita sisällyttämään niissä mainittuja oikeuksia perustuslakeihin. Sopimukset sitovat sopimusvaltiot toimimaan niin, että sopimusvelvoitteiden sisältö toteutuu oikeudenkäytöpiireissä.⁵⁰

Perustuslain 22 §:n⁵¹ säännös ulottuu myös Suomea velvoittaviin ihmisoikeussopimuksiin. Nämä kansainväliset ihmisoikeusveloitteet asettavat oikeusjärjestyksessä minimitason, jonka alapuolelle sopimuksista ei voi poiketa.⁵² Valtionneuvoston selonteon mukaan kansalaisten perusterveydenhuoltopalvelut ovat Suomessa hyviä. Palvelujen laadussa ja saatavuudessa on

⁴⁶ PeVL 41/2010 - HE 90/2010.

⁴⁷ Jyränki 2003, 501.

⁴⁸ SopS 6/1976.

⁴⁹ SopS 78/2002.

⁵⁰ Jyränki 2003, 501 - 502.

⁵¹ PerusL 731/1999 22 § Perusoikeuksien turvaaminen: Julkisen vallan on turvattava perusoikeuksien ja ihmisoikeuksien toteutuminen.

⁵² Ks. esim. Ulkoasiainministeriö 2009, 75.

kuitenkin kunta- ja aluekohtaisia eroja. Näitä eroja on pyritty tasoittamaan erilaisin kunta- ja palvelurakenneuudistuksin (esim. PARAS-hanke 2008-2011, KASTE 2008-2011). Tavoitteena mainituissa hankkeissa oli taata yhdenmukaiset sosiaali- ja terveyspalvelut väestöpohjaa vahvistamalla ja parantaa terveyspalvelujen saatavuutta ja laatua.⁵³ Koko sosiaali- ja terveydenhoitoa ollaan uudistamassa mittavalla lainsäädäntöhankkeella, johon kytkeytyy myös uusi kuntalaki. Uudistuksen valmistelu on kestänyt useita vuosia, ja arvostelijoiden mielestä nyt ollaan jo pahasti myöhässä. Nähtäväksi jää, milloin ja minkälainen kokonaisuudistus Suomessa saadaan aikaan.

2.2 EU:n terveystalitiikka

Terveystalitiikka on kirjattu jo Euroopan yhteisöjen ensimmäisissä perustamissopimuksissa. Alkuun terveystalitiikka mainitaan vain ns. alkuartikloissa ilmaisemassa yleisiä pyrkimyksiä ja yhteisiä päämääriä.⁵⁴ Kansanterveyttä on määritelty EU:ssa 1990-luvulta lähtien. Maastrichtin sopimuksen artiklassa 129⁵⁵ annettiin kansanterveydelle toimintaohjeita ja määrääenemmistöllä hyväksyttäviä suosituksia. Euroopan yhteisön asetukset ovat välittömästi sovellettavissa jäsenvaltioissa. Nämä säädökset ovat etusijalla yhteisön toimivaltaan kuuluvissa asioissa, ja yhteisön tuomioistuimen valta vaikuttaa ennakkolausunnoillaan kaikkien jäsenvaltioiden tuomioistuinten toimintaan.⁵⁶

Direktiivin täytäntöönpano tai toteuttaminen saattaa vaatia lakimuodon, jopa joissakin tapauksissa perustuslainsäädäntöjärjestyksen käyttämistä. Valtioneuvosto antaa direktiivien toteuttamiseksi tarvittavat asetukset.⁵⁷ Unionin päätöksentekojärjestelmää pidetään asiantuntijoille saatikka kansalaisille vaikeaselkoisena ja hankalasti käsitettävänä. Tavoitteena on unionin avoimuuden ja demokraattisuuden lisääminen, joten päätöksentekojärjestelmän yksinkertaistaminen ja selkeyttäminen olisi suotavaa.⁵⁸ EU:n päättämiin direktiiveihin suhtaudutaan usein jopa halveksien ja niitä pilkaten. Tämän taustalla on todennäköisesti kansalaisten tietämättömyys ja viranomaisten huono viestintä.

⁵³ Ulkoasiainministeriö 2009, 119.

⁵⁴ Kari, Kattelus & Saari 2008, 39.

⁵⁵ Ks. TREATY ON EUROPEAN UNION (92/C 191/01), Article 129 Public Health, <http://eur-lex.europa.eu/fi/treaties/dat/11992M/htm/11992M.html>.

⁵⁶ Jyränki 2003, 185.

⁵⁷ Jyränki 2000, 232.

⁵⁸ Kiljunen 2005, 83.

⁵⁹ Euroopan unionin perustuslaissa direktiivejä kutsutaan eurooppapuitelaeiksi ja asetuksia eurooppalaeiksi. Lisäksi on olemassa säädöksiä, jotka eivät edellytä lain säätämistä, mutta velvoittavat silti jäsenmaita. Niitä kutsutaan eurooppa-asetuksiksi ja eurooppapäätöksiksi. Unionin toimielimet antavat näiden lisäksi suosituksia ja lausuntoja. Kiljunen 2008.

Viime vuosina keskusteluun mukaan on tullut terveyspalveluihin ja potilaiden liikkuvuuteen liittyvä EY-tuomioistuimen oikeuskäytäntö.⁶⁰ Suomen liittyttyä EU:n jäseneksi silloinen EY-tuomioistuin vahvisti, että jäsenvaltioiden sosiaaliturva- ja terveysjärjestelmät kuuluvat sisämarkkinasääntelyn piiriin. Unionin tuomioistuimen ratkaisukäytäntö aiheutti lopulta tarpeen EU-tasoiselle lainsäädännölle. Niin kutsuttu potilaiden liikkuvuusdirektiivi⁶¹ annettiin lopulta vuoden 2011 maaliskuussa. Jos direktiiviä tulkitaan potilaiden oikeuksia korostavan EU-tuomioistuimen ratkaisukäytännön valossa, näyttäisi se tarkoittavan käytännössä sitä, että direktiivin nojalla Suomessa asuville ja vakuutetuille potilaille syntyy oikeus korvaukseen toisessa jäsenvaltiossa saadun hoidon kustannuksista, joka vastaa Suomessa annettavan julkisen terveydenhuollon korvaustasoa. Tästä johtuen potilaiden mahdollisuudet hakea hoitoa toisesta valtiosta paranevat merkittävästi.⁶²

EU:n sisämarkkinat ovat huomattavasti kehittyneemmät tuotteiden vapaan liikkuvuuden osalta kuin palveluiden. Liikkuvuusdirektiivin mahdollisina haittapuolina on pidetty sitä, että palveluiden vapaa liikkuvuus menee hyvinvointivaltion säilyttämisen edelle. Direktiivi ei vahvista solidaarisuutta ja oikeudenmukaisuutta, vaan se asettaa pieni- ja suurituloiset eriarvoiseen asemaan. Yhtenäiset tavoitteet hoidon saatavuudesta eivät toteudu, kun rikkailla on paremmat mahdollisuudet käyttää direktiivin suomia oikeuksia.⁶³ Tämä ei johda ihmisoikeussopimuksien yhdenvertaiseen palveluiden saatavuuteen varsinkaan, jos vapaa liikkuvuus rapauttaa kansalliset palvelut.

Potilaiden liikkuvuus ja terveyspalveluiden sääntely on lähtenyt liikkeelle oikeuskäytännöistä, joissa potilaille on annettu mahdollisuus hakea sairaanhoitoa toisesta maasta ilman ennakkolupaa. Sosiaaliturva on lähes kaikissa jäsenmaissa osa julkista hallintoa, siksi se ei ole kuullut perinteisen kilpailupolitiikan piiriin.⁶⁴

Terveyspalveludirektiivin taustalla on halu taata turvallinen, korkealaatuinen ja tehokas rajat ylittävä terveydenhuolto. Direktiivi koskee kaikkea terveydenhuoltoa sekä julkista että yksityistä. Jäsenvaltioiden on edistettävä kansalaistensa tietoisuutta valinnanvapaudestaan. Vapaan liikkuvuuden takaamiseksi selkeämpää on, jos liikkuvuudesta säädetään lainsäädännöllä eikä oikeuskäytäntöjä tulkitsemalla.⁶⁵

⁶⁰ Kari ym. 2008, 39.

⁶¹ Direktiivi 2011/24/EU potilaiden oikeuksien soveltamisesta rajat ylittävässä terveydenhuollossa.

⁶² Tuovinen 2012, 5.

⁶³ Tuovinen 2012, 47.

⁶⁴ Kari ym. 2008, 67.

⁶⁵ Kari ym. 2008, 74 - 75.

Suomen kannalta mielenkiintoinen liikkuvuuteen liittyvä ennakkopäätös on Watss (C-372/04)⁶⁶, koska siinä oli kysymys Suomen kunnalliseen terveydenhuoltojärjestelmään rinnastettavasta järjestelmästä (Iso-Britannia). Päätöksessä 2006 todettiin vapaan liikkuvuuden koskevan Ison-Britannian järjestelmää. Päätösehdotuksessa perusteluna oli mm. se, että henkilöillä, jotka asuvat vakinaisesti sellaisen jäsenvaltion alueella, jolla on samankaltainen kansallinen terveysjärjestelmä (kuin tässä tapauksessa Iso-Britannialla), on lähtökohtaisesti oikeus saada sairaalahoitoa toisen jäsenvaltion terveysjärjestelmän kustannuksella.

Eduskunnan oikeusasiamies on antanut oman päätöksen ulkomaalaisen oikeudesta saada hoito Suomesta. Tässä tapauksessa Ruotsin kansalainen hakeutui hoitoon perusterveydenhuollon päivystykseen. Kantelun mukaan hänelle oli ensin ilmoitettu, että päivystyksessä ei hoideta ulkomaalaisia. Hän kuitenkin pääsi lopulta hoitoon keskustelujen jälkeen. Oikeusasiamies toteaa, että Suomessa oleskeleva EU/ETA-maan kansalainen on oikeutettu saamaan välittömästi tarvitsemansa hoidon, mikäli hän kuuluu jonkin yllä mainitun maan sairausvakuutuksen piiriin. Tämä oikeus perustuu neuvoston asetukseen N:o 1408/71 sosiaaliturvajärjestelmien soveltamisesta yhteisön alueella liikkuviin palkattuihin työntekijöihin, itsenäisiin ammatinharjoittajiin ja heidän perheenjäseniinsä sekä kansalliseen lainsäädäntöön.⁶⁷

Direktiivin hyötyinä voidaan nähdä se, että potilaiden valinnanvapaus lisääntyy ja hoidon tarjoaminen esimerkiksi turistikeskuksissa ja raja-alueilla helpottuu. Samoin potilaalla on mahdollisuus hakea erikoisosaamista vaativaa hoitoa toisesta jäsenvaltiosta.⁶⁸ Ruotsissa on huomioitu, että potilaiden vapaa liikkuvuus antaa uusia mahdollisuuksia maakäräjille. Hoito pyritään järjestämään niin, että se houkuttelee potilaita muista maista. Tehokkaalla markkinoinnilla voidaan kasvattaa potilasvirtoja ja samalla lisätä työpaikkoja. Suomessa työ- ja elinkeinoministeriö selvittää samaa mahdollisuutta.⁶⁹ Toistaiseksi mikään jäsenvaltio ei ole todennut, että potilaiden vapaa liikkuvuus olisi uhkana sen julkiselle terveydenhuollolle. Järjestelmän toimivuutta voisi uhata se, että suuret potilasmäärät lähtevät hakemaan hoitonsa ulkomailta. Pienet potilaskadot saattavat jopa toimia huomautuksena siitä, että julkisen terveydenhuollon toimintaa tulisi tehostaa.⁷⁰

2.3 Terveydenhuoltolain taustoista

Julkisia palveluja sääteleville laeille on ominaista tavoitesuuntautuneisuus. Tällöin määritellään pääasiassa hallintotoiminnan yleisiä puitteita ja päämääriä. Lainsäädännössä käytetään

⁶⁶ Ks. C-372/04 - Watts - Sosiaaliturva - Valtion rahoittama kansallinen- terveydenhuoltojärjestelmä- Jossakin toisessa jäsenvaltiossa aiheutuneet sairaanhoitokulut - EY 48 - EY 50 artikla ja EY 152 artiklan 5 kohta - Asetuksen (ETY) N:o 1408/71 22 artikla.

⁶⁷ EOA 1583/4/07.

⁶⁸ Tuovinen 2012, 46.

⁶⁹ Tuovinen 2012, 46.

⁷⁰ Tuovinen 2012, 46.

menettelyllisiä normeja, jotka korostavat yksilöiden omaa aktiivisuutta. Tämä näkyy terveydenhuoltolaissa julkisen vallan palveluiden järjestämisvelvollisuutena. Järjestämisvastuu on kirjoitettu terveydenhuoltolakiin⁷¹.⁷² Hallituksen esityksessä terveydenhuoltolaiksi sekä laeiksi kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidon lain muuttamiseksi sekä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain muuttamiseksi (90/2010) todetaan jo johdannossa, että asiakaskeisyyttä lähdetään lisäämään laajentamalla potilaan hoitopaikan valintaoikeutta. Potilaan asemaa vahvistettaisiin lisäksi mahdollistamalla hoitohenkilön valintaoikeus. Tavoitteena on vahvistaa perusterveydenhuollon laatua ja parantaa potilasturvallisuutta.⁷³ Hallintolain (434/2003) mukaan julkisia palveluja järjestettäessä tulisi erityisesti kiinnittää huomiota palvelujen riittävyyteen ja saatavuuteen sekä hallinnossa asioivan valinnanvapauteen.⁷⁴ Asiakasnäkökulman korostaminen on ollut erityisenä painopistealueena julkisen vallan toiminnassa.⁷⁵

Perustuslakivaliokunta edellytti, että uudessa terveydenhuoltolaissa on huolehdittava riittävien palvelujen turvaamisesta. Riittävyyden arvioinnissa voidaan lähtökohtana pitää sellaista palvelujen tasoa, joka luo jokaiselle ihmiselle edellytykset toimia yhteiskunnan täysivaltaisena jäsenenä⁷⁶. Terveyspalvelujen turvaamisen tapaan liittyvät yhdenvertaisuussäännökset (PerusL 6 §) sekä muiden perus- ja ihmisoikeuksien toteutuminen. Yksittäisillä muutoksilla voi olla kustannusvaikutuksia, varsinkin hoitopaikan valinnan mahdollistavalla muutoksella. Tällöin myös valtionosuuksiin kohdistuu lisäämistarpeita, ja kuntien kustannusvaikutuksia tulee seurata.⁷⁷ Hallitus totesi esityksessään (90/2010), että kuntien kustannukset eivät todennäköisesti lisääntyisi. Lähes kaikki muut tahot ovat epäilleet kustannuksien kasvavan.

Vaikka terveydenhuoltolaki ei sisällä järjestämisrakenteita koskevia säännöksiä, se sisältää yhteistyövelvoitteita kunnille ja kuntayhtymille. Potilaan valinnanvapauden lisääminen edellyttää palvelujen organisoimista uudella tavalla.⁷⁸ Terveyskeskukset joutuvat varautumaan sekä kysynnän kasvuun että vähenemiseen. Tätä voi ennakoida esim. teettämällä kyselyn, kuten Hyvinkään terveystakeskus teki tämän opinnäytetyön muodossa.

Terveydenhuoltolaissa korostuvat terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen ja terveysongelmien ennaltaehkäisy. Siihen sisältyy velvoite asettaa kunnan strategisessa suunnittelussa tavoitteita kuntalaisten terveyttä ja hyvinvointia edistävästä ja ongelmia ehkäisevistä toimenpiteistä ja palveluista sekä niihin varattavista voimavaroista. Lain puutteena on yleisesti pidetty sitä,

⁷¹ Terveydenhuoltolaki (1326/2010).

⁷² Kotisaari & Kukkola 2012, 10-11.

⁷³ HE 90/2010, 1.

⁷⁴ HL 7 §.

⁷⁵ Hallituksen esitys laeiksi kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidon lain sekä eräiden muiden lakien muuttamisesta (77/2004).

⁷⁶ Hallituksen esitys (309/1993) perustuslakien perusoikeussäännösten muuttamisesta, 71.

⁷⁷ PeVL 41/2010.

⁷⁸ HaVL 27/2010 vp. - HE 90/2010 vp.

ettei samassa yhteydessä ole annettu esitystä terveydenhuollon järjestämisen rakenteisiin ja rahoitukseen liittyvistä muutoksista. Se ei myöskään selkeydy tilanteessa, jossa kahden lain yhdistämisen sijasta säädetään uusi laki vanhojen jäädessä osittain voimaan.⁷⁹ Hallintovaliokunta sekä sosiaali- ja terveystieteiden valiokunta mainitsivat kumpikin huolensa kokonaisuudistuksen puutteesta. Voi olla, että kun sosiaali- ja terveysuudistus (ml. kuntarakennemuutos) saadaan valmiiksi, tehdään myös tähän lakiin tarkennuksia.

2.3.1 Hoitoon pääsy

Terveyspalvelujen järjestäminen on kuntien vastuulla ja valtio vastaa terveyspolitiikan ohjauksesta ja yleisistä toimintaedellytyksistä. Oikeutta perusterveydenhuollon palveluihin käsittelevän lainsäädännön tarkoituksena on turvata jokaiselle potilaalle hänen terveydentilansa edellyttämät ja riittävät terveyspalvelut kohtuullisessa ajassa asuinpaikasta ja varallisuudesta riippumatta.⁸⁰ Lain potilaan asemasta ja oikeuksista eli potilaslain⁸¹ 3 §:n mukaan hoitoon on päästävä ilman syrjintää. Hoidon tarve tulee arvioida yksilöllisen tarpeen mukaan sekä kiireellisissä että kiireettömissä tapauksissa. Eduskunnan oikeusasiamies korostaa päätöksissään, että potilaalla on oikeus sekä kiireettömään että kiireelliseen hoitoon⁸².

Potilaslain 4 §:n mukaan potilaalla on oikeus saada tietoonsa myös hoitoon pääsyn ajankohta. Häntä ei voi laittaa odottamaan hoitoon pääsyä epämääräiseksi ajaksi. Kun hoitoon pääsyn ajankohta on ilmoitettu, saadaan samalla selville, tarvitseeko hoito mahdollisesti hankkia muilta palveluntuottajilta.⁸³ Kunnan tulee laatia talousarvio ja toimintasuunnitelma, joissa terveyspalveluiden järjestämiselle on varattu riittävät määrärahat. Joskus terveydenhoitoon mitoitettut määrärahat ovat riittämättömät, jolloin kuntalaiset voivat kannella asiasta eduskunnan oikeusasiamiehelle.⁸⁴

Kunnissa on tapana antaa yksityiskohtaisia ohjeita siitä, miten terveyspalvelut tulisi kunnassa järjestää. Eduskunnan oikeusasiamies on ottanut kantaa ohjeiden lainmukaisuuteen. Kuntalaisten yhdenvertainen kohtelu voi kärsiä, jos asukkaita laitetaan hoidon tarpeen mukaiseen etusijajärjestykseen.⁸⁵ Tästä voisi olla esimerkkinä influenssavirus A(H1N1) eli ns. sikainfluenssa, joka aiheutti hämmennystä muutama vuosi sitten. Tällöin annettiin rokotuksia varten ohjeita siitä, kuka milloinkin sai rokotteen ja kunnissa tehtiin ”riskiryhmäkartoituksia”.

⁷⁹ StVM 40/2010 - HE 90/2010.

⁸⁰ Kotisaari & Kukkola 2012, 8.

⁸¹ Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.

⁸² Ks. esim. EOA 2634/4/11.

⁸³ Ks. EOA 4151/2010.

⁸⁴ Kotisaari & Kukkola 2012, 11.

⁸⁵ Kotisaari & Kukkola 2012, 12.

Hyvä hoito pohjautuu henkilökunnan ammattitaitoon, kokemukseen ja koulutukseen. Terveystenhuollon käyttöön osoitetut voimavarat ovat poliittisen päätöksenteon tuloksia, jotka on tehtävä järjestämisvelvollisuutta määrittävän lainsäädännön puitteissa.⁸⁶ Väestön ikärakenne on hyvä tuntee, koska merkittävä osa terveystenpalveluista on suunnattu tietyille ikäryhmälle tai lähinnä johonkin ikäryhmään liittyvien ongelmien ratkaisemiseen. Suurin osa palveluista kohdistuu nuorimpaan tai vanhimpaan ikäryhmään, vaikka työikäisetkin tarvitsevat hoitoa erilaisiin sairauksiin ja ongelmiin. Näiden lisäksi monien hoivapalveluiden tarve riippuu siitä, missä määrin työikäiset pystyvät itse hoitamaan lapsiaan ja vanhuksiaan.⁸⁷ Palveluiden tarve liittyy iän lisäksi myös muihin väestön ominaisuuksiin. Työttömät eivät voi käyttää työterveyshuoltoa, joten heidän terveydestään huolehtiminen on terveystenkeskusten vastuulla. Näin ollen korkea työttömyysaste on eräs esimerkki tällaisesta ominaisuudesta. Myös pienituloisten suuri määrä voi ennakoida suurempaa sairastavuutta ja terveystenpalveluiden tarvetta.⁸⁸

2.3.2 Hoitotakuu

Suomessa velvoitetaan laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) 4 §:ssä ilmoittamaan potilaan hoitoon pääsyn ajankohta. Laissa kansanterveyslain muuttamiseksi (855/2004) säädetään hoitoon pääsyn aikarajoista. Edellistä kutsutaan myös ns. hoitotakuulaiksi. Terveystenhuoltolain 51 §:ssä on kirjoitettu hoitoon pääsyn enimmäisaikarajat. Lakien mukaan hoidon ja tutkimuksen järjestäminen on järjestettävä määrättyssä ajassa julkisessa terveydenhuollossa⁸⁹. Hallituksen esityksessä (77/2004) laeiksi kansanterveyslain ja erikoissairaanhoitolain sekä eräiden muiden lakien muuttamisesta perusteltiin terveydenhuoltolain täsmentämistä hoidon saatavuuden takaamiseksi. Hallitus perää ajattelemaan hoitoon pääsyä kokonaisuutena. Laadultaan hyvä hoito tulisi olla oikeata hoitoa oikeassa paikassa ja oikeaan aikaan. Palvelujen saatavuudessa on ollut paikoittain ongelmia, jolloin kaikilla ei ole ollut yhtäläisiä mahdollisuuksia saada tarvitsemaansa hoitoa.⁹⁰

Hoitoon pääseminen ei varsinaisesti ole subjektiivinen oikeus. Perustuslakivaliokunta totesi kuitenkin ennen kansanterveyslain enimmäisaikojen muutoksien voimaantuloa, että säännökset hoidon tarpeen arvioinnin ja hoidon järjestämisen enimmäisajoista ovat terveystenkeskuksia oikeudellisesti velvoittavia. Samassa lausunnossa todettiin, että kyseessä ei ole kunnalle uusi tehtävä, vaan nykyisen lainsäädännön perusteella olevan tehtävän hoitaminen.⁹¹ Vaikka ky-

⁸⁶ Kotisaari & Kukkola 2012, 14.

⁸⁷ Lammi-Taskula 2011, 47.

⁸⁸ Lammi-Taskula 2011, 47 - 48.

⁸⁹ Kotisaari & Kukkola 2012, 15.

⁹⁰ StVM 13/2004; HE 77/2004.

⁹¹ PeVL 20/2004.

seessä on oikeudellisesti velvoittava säännös, ei hoitotakuu vieläkään toteudu jokaisessa kunnassa. Varsinkin hammashoidosta on lukuisia esimerkkejä hoitoon pääsyn vaikeuksista^{92, 93}.

Kunnan tulee järjestää toimintansa siten, että arkipäivisin virka-aikana potilas saa välittömästi yhteyden terveyskeskukseen. Terveystenhuollon ammattihenkilön tulee tehdä hoidon tarpeen arviointi viimeistään kolmantena arkipäivänä siitä, kun potilas on ottanut yhteyden terveyskeskukseen, mikäli arviota ei ole voitu tehdä ensimmäisen yhteydenoton aikana. Tarpeelliseksi todettu hoito on järjestettävä potilaan terveydentila ja sairauden ennakoitavissa oleva kehitys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa (kuitenkin kolmessa kuukaudessa siitä, kun hoitotarve on todettu).⁹⁴ Kunnan tulee julkaista internetissä tiedot terveydenhuoltolain 51 §:n mukaisista odotusajoista neljän kuukauden välein. Jos kunnalla on useita toimintayksiköitä, tiedot on julkaistava erikseen kustakin yksiköstä. Tiedot voi julkaista myös muulla kunnan päättämällä tavalla internetin lisäksi.⁹⁵

Potilaan kannalta hoitoon pääsy sujuu hyvin, jos hän saa vaivaansa riittävän osaavan hoidon kiireettömissä tapauksissa hänelle sopivan ajan kuluessa. Hoitotakuu on vastaus kysynnän ja tarjonnan epäsuhtaan korjaamiseksi, yhdenvertaisten palvelujen turvaamiseksi ja ruuhkahuipujen tasaamiseksi.⁹⁶ Takaamalla hoitoon pääsy tietyn ajan kuluessa kansanterveyslaissa ei ole ollut tarkoitus estää potilaita pääsemästä lääkärin vastaanotolle.⁹⁷ Kuntaliiton oppaassa ”Terveystenhuollon laatuopas” kehoitetaan terveydenhuollon johtoa kehittämään erilaisia mittareita hoitoon pääsyn seurannaksi. Oppaassa ehdotetaan mm. pitämään kirjaa puheluiden määrästä ja vastausajoista sekä päivystyksen odotusajoista.⁹⁸ Ehdotusten mukaisia tilastoja onkin jo löydettävissä useiden kuntien verkkosivuilta. Toisilla kunnilla on lain mukaan ilmaistut tilastot toimipisteittäin, mutta osa ilmoittaa vain yleisesti perusterveydenhuollon kiireettömän hoidon jonotusajat sairaanhoitajille ja lääkäreille.

Hoitoon pääsyn aikasadökset laeissa täsmentävät perustuslaissa turvattua oikeutta riittäviin terveyspalveluihin. Valvira valvoo kokonaistilannetta ja voi asettaa sairaanhoitopiireille uhkasakon lain noudattamisen tehosteeksi. Oikeusasiamiehelle on tullut 10-15 hoitotakuuta koskevaa kantelua vuosittain. Osassa tapauksia todetaan lainvastaista menettelyä.⁹⁹

⁹² Esim. Hyvinkäällä suun terveydenhuollon hoidon tarpeen arviointi onnistuu 3 vrk:n kuluessa ja hoidon toteuttaminen 6 kk:n kuluessa. Samoin toteutuu suunterveydenhuolto monessa rajanaapurikunnassa. Kertooko tämä onnistumisesta, kun ollaan lain raamien sisällä, vaikkakin varsin niukasti.

⁹³ Ks. myös StVM 40/2010.

⁹⁴ Terveystenhuoltolaki 51 §.

⁹⁵ Terveystenhuoltolaki 55 §.

⁹⁶ Kotisaari & Kukkola 2012, 17.

⁹⁷ EOA 1110/2009.

⁹⁸ Koivuranta-Vaara 2011, 11.

⁹⁹ EOAL 1579/2010 Lausunto YK:n taloudellisia, sosiaalisia ja sivistyksellisiä (TSS) oikeuksia koskevan yleissopimuksen 6. määräaikaisraportin laatimista varten.

2.3.3 Kiireetön hoito

Potilaat voidaan asettaa tiettyyn kiireellisyysjärjestykseen, jonka mukaan heidät otetaan hoitoon. Palvelujen antamista voidaan ohjata yleisillä suosituksilla tai kunnan sisäisillä ohjeilla. Etusijajärjestyksessä onkin otettava huomioon yleisesti hyväksyttävät palvelujen etusijaperusteet.¹⁰⁰ Kiireetöntä hoitoon pääsyä koskevat säännökset tulivat kansanterveys- ja erikoissairaanhoitolakeihin vuonna 2005. Hoitoon pääsyä valvotaan mm. Kiireettömän hoitoon pääsyn valvontaohjelmalla 2012-2014, joka on päivitetty 1.5.2011 voimaan tulleen terveydenhuoltolain hoitoon pääsyn säännösten mukaiseksi. Ohjelmassa on huomioitu uudet ohjeet sekä toimintaympäristön muutokset.¹⁰¹

Eduskunnan oikeusasiamiehen mukaan potilaslain 3 §:n oikeus saada terveydentilansa edellyttämä hoito ilman syrjintää pätee sekä kiireellisissä että kiireettömissä tapauksissa. Potilaan hoidon kiireellisuuden arvioimiseksi hänen on saatava välittömästi yhteys terveyskeskukseen joko puhelimitse tai tulemalla käymään.¹⁰² Hallintolain 8 §:n¹⁰³ mukaan potilasta tulee neuvoa ottamaan yhteys terveyskeskukseen hoidon tarpeen arvioimiseksi. Hoidon tarpeen arviointi tehdään yleensä puhelimitse ja tämän jälkeen potilas saa tiedon hoitoon pääsyn ajankohdasta. Monella terveysasemalla (mm. Hyvinkäällä) on otettu käyttöön takaisinsoittopalvelu, joka vähentää jonotusaikoja puhelimessa. Potilaat ovat olleet tähän palveluun tyytyväisiä.

2.3.4 Riittävien henkilöstöresurssien turvaaminen

Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöstä valtaosa työskentelee välittömässä vuorovaikutuksessa asiakkaiden kanssa.¹⁰⁴ Kuntaliitto on ohjeistanut terveydenhuollon ammattilaisia kiinnittämään huomiota potilaskeskeisyyteen ja parantamaan näin potilastyytyväisyyttä¹⁰⁵. Sosiaali- ja terveysministeriö listaa perusterveydenhuollon vahvistamiseksi riittävän henkilöstön turvaamisen työoloja ja johtamista kehittämällä.¹⁰⁶ Henkilöstö on tärkein voimavara, kun arvioidaan toimintayksikön toimintaa ja käyttökustannuksia. Henkilöstön määrän ja rakenteen määrittely sekä päivittäinen käytön seuranta ovat tärkeimpiä hoitotyön esimiesten johtamiseen kuuluvia tehtäviä. Henkilöstösuunnittelun tärkeys takaa laadun ja potilasturvallisuuden.¹⁰⁷

¹⁰⁰ Lohiniva-Kerkelä 2004, 95.

¹⁰¹ Valvira 2012, 3.

¹⁰² EOA 2634/4/11.

¹⁰³ HL (434/2003).

¹⁰⁴ Lammi-Taskula 2011, 50.

¹⁰⁵ Koivuranta-Vaara 2011, 9.

¹⁰⁶ Partanen, Palomäki, Koskela, Salo & Laine 2008, 14.

¹⁰⁷ Kotisaari & Kukkola 2012, 29.

Potilaalla on oikeus saada terveydentilansa edellyttämää hoitoa niiden voimavarojen rajoissa, jotka ovat terveydenhuollon käytettävissä. Terveydenhuoltolain 4 §:n mukaan kunnan tulee osoittaa riittävästi henkilöstöä terveyden edistämiseen ja terveydenhuollon palveluihin. Henkilöstön rakenteen ja määrän tulee vastata alueen väestön terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen sekä terveydenhuollon palvelujen tarvetta.¹⁰⁸ Terveydenhuollon kulloinkin käytettävissä olevat resurssit määräytyvät poliittisin päätöksin. Kuntien päättävät elimet eivät välttämättä voi täysin vapaasti päättää resursseista, vaan niitä sitovat kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidon sekä sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuuksista annetun lain terveydenhoitopalveluiden tuottamista koskevat säännökset. Käytännössä kaikki palvelut eivät ole lain edellyttämällä tasolla.¹⁰⁹ Poliittinen tie henkilöstöresurssienhallinnassa ei välttämättä ole se kaikkein joustavin.

2.3.5 Henkilöstön määrällinen arviointi

Henkilöstön määrän tulee vastata potilaiden vaatimaan hoidon tarvetta ja täyttää hyvän hoidon toteutumisen edellytykset. Työpanoksen tulee olla optimaalisessa käytössä. Mitoitukseen olisi suositeltava ottaa mukaan potilaiden hoidon luonnetta kuvaavia tekijöitä eikä pelkkiä matemaattisia suhdelukuja.¹¹⁰ Terveyskeskusten osastohoidon laskentamallissa käytetään mm. toimintayksiköiden päättäjien eli hallitusten hyväksymien virkojen ja toimien määrää ja hoitajien koulutustaustaa. Tässä mallissa lasketaan mukaan kaikki potilaiden hoitoon osallistuvat: lääkäri, osastonhoitaja, apulaisosaston hoitaja, sairaanhoitaja jne. Suomessa on tehty hyvin vähän mitoitukseen liittyvää tutkimusta, koska yhtenäistä mallia ei ole käytettävissä.¹¹¹

Onnistuminen henkilöstösuunnittelussa edellyttää toiminnan luonteen huomioimista laskelmissa. Pelkkä hoitajien määrää kuvaava suhdeluku ennustaa huonosti henkilöstön tarvetta.¹¹² Paljon keskustelua on viimeisten muutaman vuoden aikana herättänyt laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (980/2012) eli ns. vanhuspalvelulaki. Lain valmistelun yhteydessä keskusteltiin siitä, pitäisikö lakiin kirjata vanhuksia hoitavan henkilöstön minimimäärä. Lopulliseen lakiin kirjaus saatiin, mutta lakia pidettiin tältä osin epäonnistuneena. Kuntapäättäjät kritisoiivat henkilöstön määrän kirjaamista lakiin, koska sen pelätään lisäävän kustannuksia.

2.3.6 Potilaan valinnan mahdollisuus

¹⁰⁸ Terveydenhuoltolaki 2010/1326 4 §.

¹⁰⁹ Lohiniva-Kerkelä 2007, 96.

¹¹⁰ Kotisaari & Kukkola 2012, 30.

¹¹¹ Kotisaari & Kukkola 2012, 31 - 32.

¹¹² Kotisaari & Kukkola 2012, 34.

Terveystietolakiin on kirjattu potilaalle mahdollisuus valita hoitopaikka ja hoitava henkilö tietyin edellytyksin. Lain 47 §:n mukaan potilaalla on mahdollisuus valita, mistä kuntansa terveysasemalta hän saa terveydenhuollon palvelut. Vaihtamisesta tehdään kirjallisesti ilmoitus sekä uudelle että vanhalle terveysasemalle. Hoitovastuu siirtyy valitulle terveysasemalle kolmen viikon kuluessa. Valinnan mukana siirtyvät kaikki perusterveydenhuollon palvelut, ja uuden valinnan voi tehdä aikaisintaan vuoden kuluttua.

Vuoden 2014 alusta lukien vapautta valita kiireetön hoito laajennetaan kattamaan koko maan. Valintamahdollisuuden ulkopuolelle jäävät kouluterveydenhuolto (16 §), opiskeluterveydenhuolto (17 §) ja pitkäaikainen laitoshoido. Kunnalla ei ole myöskään velvollisuutta järjestää kotisairaanhoidoa (25 §) oman alueensa ulkopuolelle. Kunnan kannalta valinnan mahdollisuus voi johtaa joidenkin terveysasemien vajaakäyttöön ja joidenkin väliaikaiseen ruuhkautumiseen. Potilaiden siirtyminen voi edellyttää lisäinvestointeja vastaanottavilla terveysasemilla. Järjestelyissä tulisi arvioida siirtymien syitä ja kehitettävä sellaisten terveysasemien palveluja, joista siirtymisen arvioidaan johtuvan palvelun laadusta tai ruuhkautumisesta.¹¹³ Potilas voi käyttää valintansa tueksi tietoja hoitoon pääsyn jonotilanteista, jotka tulisi julkaista joko kunnan terveyskeskuksen toimipisteestä.

Potilaan valinnan mahdollisuuden toteutumiseksi on välttämätöntä, että potilastietorekistereitä koskevat tietohallintoratkaisut saadaan toimiviksi valintaoikeuden laajentuessa. Myös sairausvakuutuksen matkakorvaussäännösten muutostarpeita tulee arvioida uudelleen.¹¹⁴ KELA korvaa toistaiseksi matkat vain lähimmälle julkiselle tai yksityiselle terveysasemalle¹¹⁵. Tämä saattaa rajoittaa niiden valinnanvapautta, jotka eivät itse pysty liikkumaan esim. julkisilla liikennevälineillä tai omalla autolla. Jos matkakorvaussääntöjä ei muuteta, ei kaikilla ole yhdenvertaista valinnanvapautta. Sairausvakuutuslaissa (1224/2004) ilmaistaan matkojen korvaaminen niin, että vakuutetulla on oikeus saada sairauteen liittyvistä matkakustannuksista korvaus, jos matka on tehty valtion, kunnan tai kuntayhtymän terveydenhuollon toimintayksikköön¹¹⁶. KELA tulkitsee tämän siten, että matka korvataan vain lähimpään yksikköön.

2.3.7 Potilaan valinnanvapaus käytännössä

Valinnanvapauden lisääminen on ollut jo vuosia esillä terveydenhuollosta käydyissä keskusteluissa. Valinnanvapauden laajentuessa voidaan miettiä, kuka pystyy valitsemaan ja millä perusteella. Lapsiperhe valitsee neuvolan ja työssä käyvät työpaikan sijainnin mukaan. Iäkäs valitsee todennäköisesti kotiansa lähellä olevan terveysaseman.¹¹⁷ Riittävä tiedonsaanti on

¹¹³ HE 90/2010, 83 - 84.

¹¹⁴ HE 90/2010, 144.

¹¹⁵ Ks. <http://www.kela.fi/matkat>

¹¹⁶ Sairausvakuutuslaki (1224/2004) 4 luku 1 §.

¹¹⁷ Kotisaari & Kukkola 2012, 48.

edellytys valinnanvapauden toteutumiselle. Neuvola- ja vastaanottopalvelut kuuluvat kiinteästi avoterveydenhuollon kokonaisuuteen. Vaarana on näiden eriytyminen toisistaan. Valintamahdollisuutta tulisi näin ollen pohtia koko perheen näkökulmasta ottaen huomioon erilaiset elämäntilanteet.¹¹⁸

Perusterveydenhuolto toimii moniammatillisissa tiimeissä, joissa on sovittu työnjaosta yhdessä. Jos potilas saa mahdollisuuden valita hoidon antajan milloin tahansa, se voi johtaa pirstaleiseen palvelukokonaisuuteen. Tällöin tiedonkulku ei välttämättä ole ainoa vastaantuleva ongelma.¹¹⁹ NykYTEKNIKALLA potilastietojen sähköisen siirtymisen ei pitäisi olla ongelma. Lain-säädäntö tulisikin saada vastaamaan tekniikan mahdollisuuksia.

Usein lähellä oleva pieni terveysasema tyydyttää potilasta, koska näissä yksiköissä palvelu on saatavissa ja laatu on kaikkien tiedossa. Suuremmissa yksiköissä potilas ei välttämättä tiedä, mitä valitsee. Väestölle tulee tiedottaa, että terveysaseman koosta tai sijainnista riippumatta ihmiset saavat hyvää hoitoa ja kohtelua.¹²⁰ Kuntaliitokset pelottavat kuntalaisia varsinkin pienissä kunnissa, koska uhkana on tutun ja turvallisen terveysaseman lakkaaminen ja palveluiden siirtyminen uuden ison kunnan keskukseen. Hyvinkäällä asukkaita on siirretty esim. Päävolan terveysasemalta pääterveysasemalle tai päinvastoin, ja kaikkia tämä muutos ei ole miellyttänyt.¹²¹

Valinnanvapauden laajentuminen voi parhaassa tapauksessa lisätä asiakaskeskeisyyttä, vähentää järjestelmäkeskeisyyttä, parantaa hoitotuloksia ja lisätä hoitomyönteisyyttä. Potilaiden vaatimukset saattavat lisääntyä, jolloin toimintayksiköiden on parannettava prosesseja ja seurattava toimintaansa ja saavutettuja tuloksia.¹²² Valinnanvapauden laajentuminen voi vaikuttaa hoidon saatavuuteen arvaamattomilla tavoilla. Hyvät yksiköt vetävät kävijöitä ja niihin syntyy jonoja. Muissa yksiköissä voi muodostua ylikapasiteettiongelma. Kuluttajälähtöisyys ja potilaiden kokemus hoidon laatu tulevat olemaan aiempaa tärkeämpiä.¹²³

Eräät yksityiset lääkäriasemat uskovat, että 2014 alkaen, kun valinnanvapaus laajenee koko maan kattavaksi, se vaikuttaa positiivisesti hoidon laatuun. Niiden mukaan ihmiset haluavat kuulla hoitotuloksista ja tehdä valinnan yhdessä heitä hoitavan asiantuntijan kanssa. Asiakastyytyväisyys ja hoidon laatu tulisi tehdä mahdollisimman läpinäkyväksi. Kilpailun puute on johtanut siihen, että kustannustehokkuutta ei ole kehitetty riittävästi. Potilaan valinnanvapaus-

¹¹⁸ Kotisaari & Kukkola 2012, 48.

¹¹⁹ Kotisaari & Kukkola 2012, 49.

¹²⁰ Kotisaari & Kukkola 2012, 49.

¹²¹ Ks. verkkokyselyn tulokset, 48.

¹²² Kotisaari & Kukkola 2012, 49.

¹²³ Kotisaari & Kukkola 2012, 49.

us johtanee paineeseen tehdä palveluita asiakkaan näkökulmasta.¹²⁴ Tämä ei välttämättä ole huono kehityssuunta.

2.3.8 Esimiehen rooli valinnanvapauden mahdollistajana

Johdon tehtävänä on yhteistyössä muiden ammattiryhmien kanssa informoida väestöä valinnan mahdollisuudesta yleisiä tiedotuskanavia käyttäen. Vastaanotoilla hoitajan tulisi kysyä pysyvissä hoitosuhteissa olevilta potilailta, haluavatko he käyttää valinnanvapauttaan¹²⁵.¹²⁶ Vuorovaikutus potilaan kanssa ja asianmukainen tiedotus ehkäisevät väärinkäsityksiä.

Valinnan mahdollisuus voi johtaa yksiköiden väliseen kilpailuun. Hoitotyön johdon tulee seurata hoitotyön laatua ja kehittää sitä vastaamaan potilaiden odotuksia. Hyvä hoito tarkoittaa potilaiden odotusten ja käsitysten huomioon ottamista, hyvää asiakaspalvelua ja ystävällistä ja asiallista kohtelua. Toimintayksikön näkökulmasta palveluiden hyvä saatavuus, sijainti, tarjonnan monipuolisuus, laajat aukioloajat ja välitön yhteydensaanti puhelimella kuuluvat menestykseen.¹²⁷ Kilpailukykyä ylläpidetään uudistaen jatkuvasti hoitotyön sisältöä hyvien käytäntöjen ja valtakunnallisten suositusten mukaisesti. Johdon tulee puuttua erityisesti virheellisiin tapoihin ja menettelyyn, josta aiheutuu potilaille mielipahaa ja suuttumusta.¹²⁸ Terveysasemilla on ryhdytty keräämään asiakaspalautetta potilailta. Näistä saadut tulokset tuleekin hyödyntää laadun varmistamiseksi.

2.3.9 Potilaskuluttaja

Etiikka on noussut esille aikana, jota leimaavat terveydenhuollon rahoitusvaikeudet. Potilaita on riittänyt niin hyvin, että henkilökunnan ei ole tarvinnut olla kohteliasta. Kyse on vuorovaikutustaidoista ja pohjimmiltaan koko ammattikunnan etiikasta.¹²⁹ Näin todettiin jo 1990-luvun loppupuolella asiakaspalvelutaidoista terveyspalveluissa. Terveyspalvelujen käyttäjät ovat muuttuneet passiivisista potilaista aktiivisiksi potilaskuluttajiksi. Potilas on aiemmin mielletty henkilöksi, joka on hoidettavana hoitolaitoksessa tai muuten terveyden- ja sairaanhoitotoimen harjoittajan hoidossa. Henkilö on hakeutunut terveyspalvelujen piiriin saadakseen todistuksen terveydentilastaan esim. avustuksen tai etuuden hakemista varten.¹³⁰

¹²⁴ Orispää, Malmberg & Strömberg 2013, 10.

¹²⁵ Eräässä neuvolassa oli asiakkaan kokeman mukaan jo tutustumiskäynnillä kerrottu mahdollisuudesta hoitohenkilön vaihtoon. Asiakkaalle tämä aiheutti hämmennystä, koska hän koki tilanteessa, että hoitohenkilö oli jo päättänyt, että he eivät tule toimeen.

¹²⁶ Kotisaari & Kukkola 2012, 49.

¹²⁷ Kotisaari & Kukkola 2012, 50.

¹²⁸ Kotisaari & Kukkola 2012, 50.

¹²⁹ Salmela 1997, 52.

¹³⁰ Tuorila 2006, 10 - 11.

Kuluttaja on myyjää tietoisempi siitä, mitä hyötyä tarjottavasta tuotteesta tai palvelusta hänelle on. Näin ei ole perinteisesti ollut lääkärin- ja potilaan-suhteessa. Vaikutusmahdollisuuksia ei ole juurikaan ollut, vaan potilaan on alistuttava asiantuntijan määräysvaltaan.¹³¹ Kuluttajan on oltava itse aktiivisempi, jotta hänen oikeutensa toteutuisi. Julkisen vallan edustajia usein sitoo velvollisuus neuvoa potilasta. Kuluttajanäkökulman korostaminen ja kuluttajakaisyyden lisääntyminen on levinnyt terveydenhuoltoon. Palveluja tarvitseva henkilö katsoo yhdessä hoitohenkilöstön kanssa käsillä olevaa ongelmaa tasavertaisina ilman tiedon tai vallan vastakkainasetelmaa. Tuorila (2006) väittää, että potilas-käsitettä on viime aikoina ryhdytty välttämään ja terveystalvelujen käyttäjästä käytettävä nimitys on saatettava vastaamaan kulan vuosituhanen terveystalvelujen käyttäjän roolia.¹³² Potilas on asiakas, jolla on vahvempi oikeusturva.

2.3.10 Kokemuksia Ruotsista ja Suomesta

Ruotsissa järjestämisvastuu terveydenhuollossa on jaettu valtion, maakäräjien ja kuntien kesken. Terveydenhuolto rahoitetaan keräämällä veroja ja asiakasmaksuja. Laissa terveyden- ja sairaanhoidosta (Hälso- och sjukvårdslag 1982:763) veloitetaan laadultaan hyvän terveyden- ja sairaanhoidon järjestämiseen, mutta maakäräjät ja kunnat päättävät palvelujen tasosta ja järjestämistavasta.¹³³ Perusterveydenhuollossa potilaan valinnanvapaus oikeuttaa valitsemaan lääkärinsä oman maakäräjäkuntansa ulkopuolelta. Valinnanvapaus laajeni ensin vuonna 2003, jolloin potilas vastasi itse mahdollisista syntyneistä lisäkustannuksista. Vuonna 2008 Ruotsin hallitus teetti selvityksen valinnan vapaudesta (Vårdval i Sverige, SOU 2008:37), minkä jälkeen lakiin tehtiin muutoksia ja säädettiin uusi valinnanvapautta koskeva laki (Lagen om valfrihetssystem, 2008:962, prop 2008/09:74, Vårdval i primärvården).¹³⁴

Vuoden 2010 uudistuksen perimmäisenä tarkoituksena oli vahvistaa asukkaiden valinnanvapautta, parantaa palvelujen saatavuutta ja monipuolistaa terveydenhuollon palveluita. Kilpailun vilkastumisen uskottiin lisäksi tehostavan julkista palveluntuotantoa. Järjestelmä toimii siten, että yksilöllä on oikeus valita palveluntuottaja niiden joukosta, jotka viranomaisen on hyväksynyt. Aluehallinto asettaa hoitoyksiköille tavoitteita ja vaatimuksia, jotta terveydenhuoltoa voidaan ohjata haluttuun suuntaan.¹³⁵ Valinnanvapauden toteuduttua yksiköiden aukioloajat ovat pidentyneet ja hoitoon pääsee myös iltaisin ja viikonloppuisin. Yksityisten palveluntuottajien määrä on kasvanut merkittävästi järjestelmän tultua käyttöön.¹³⁶¹³⁷

¹³¹ Tuorila 2006, 11.

¹³² Tuorila 2006, 13.

¹³³ HE 90/2010, 49 - 50.

¹³⁴ HE 90/2010, 52.

¹³⁵ Paasovaara, Melin, Tuominen-Thuesen & Juntunen 2012, 7.

¹³⁶ Paasovaara ym 2012, 7.

¹³⁷ Ruotsalaiset ovat olleet tyytyväisiä lääkärin ja hoitopaikan vapaaseen valintaan. Laki on jopa lisännyt yksityisiä lääkärivastaanottoja. Yle-Uutiset 1.3.2013.

Ruotsin valinnanvapauden mallia ei voi täysin verrata Suomen malliin. Ruotsalaisilla on mahdollisuus valita myös yksityinen palveluntuottaja, kun taas Suomessa valinnanvapaus koskee julkista perusterveydenhuoltoa. THL on esittänyt samankaltaista mallia myös Suomeen. Sen mukaan mm. rahoitus yksinkertaistuisi uudessa mallissa¹³⁸. Suomessa Oulun kunta teki mallin valinnanvapauden toteuttamiseksi jo ennen varsinaisen lain voimaantuloa. Mallilla tavoiteltiin asukkaiden tyytyväisyyden lisääntymistä ja sitoutumista palveluihin. Samalla haluttiin hillitä menojen kasvua. Oulussa toteutui vuoden 2013 alussa iso kuntaliitos, joka osaltaan vaikutti hankkeen toteuttamiseen.¹³⁹

Kuntalaisia lähestyttiin keväällä 2011 kirjeitse, jossa kerrottiin valinnanvapaudesta sekä pyydettiin asukkaan niin halutessa ilmoittamaan valitsemansa terveysasema. Oululaiset tekivät 1.5.2012 mennessä hieman alle 11 000 vaihtoa. Vaihdot yli kuntarajojen olivat vähäisiä ja sen sijaan suurin osa vaihdoista tehtiin kunnan sisällä. Vaihdoista 9 000 tehtiin touko-kesäkuun aikana heti, kun se oli mahdollista (laki voimaan 1.5.2011).¹⁴⁰ Asukkailta kysyttiin vaihdon yhteydessä syitä terveysaseman valinnalle lokakuussa 2011. Kaksi kolmasosaa valinnan tekneistä vastasi kyselyyn, jossa oli mahdollista kertoa yhdestä kolmeen tärkeintä valintaan vaikuttanutta syytä. Kolmasosalla vastaajista terveysaseman läheinen sijainti omaa kotia ratkaisi. Tyytyväisyys palveluihin sekä terveysaseman palveluvalikoima (esim. laboratoriopalvelut) saivat myös paljon valintoja.¹⁴¹

Oulussa on yksityisiltä terveysasemilta siirtynyt julkiseen terveydenhuoltoon noin 5 000 henkilöä. Palveluntuotanto on pystynyt vastaamaan kasvaneeseen kysyntään mm. rekrytoinneilla. Valinnanvapauden kääntöpuolena ovat ongelmat tilanteessa, jossa väestömäärä vähenee. Tällöin voidaan joutua tekemään henkilösiirtoja yksiköstä toiseen.¹⁴² Henkilöstön kannalta valinnanvapauden laajentuminen voi siis johtaa tiettyyn epävarmuuden aikaan, jolloin toimipaikka voi vaihtua.

3 Tutkimuksen luonne ja tutkimussuunnitelma

Tämä tutkimus oli luonteeltaan oikeuspoliittinen, koska tarkoituksena oli miettiä terveydenhuoltolain uudistusten merkitystä Hyvinkään terveyskeskukselle. Samalla selvitettiin, mitkä tekijät vaikuttavat valintoihin. Oikeuspoliittiselle tutkimukselle on ominaista mm. lainsäädännön vaikutusten arvioiminen¹⁴³. Tutkimus toteutettiin kvantitatiivisin tutkimusmenetel-

¹³⁸ Erhola, Jonsson, Pekurinen & Teperi 2013.

¹³⁹ Paasovaara ym. 2012, 7.

¹⁴⁰ Paasovaara ym. 2012, 49.

¹⁴¹ Paasovaara ym. 2012, 50.

¹⁴² Paasovaara ym. 2012, 52.

¹⁴³ Husa ym. 2008, 19.

min, koska tarkoituksena oli ennakoida terveyskeskuksen tulevia kävijämääriä ja miettiä terveydenhuoltolain laajentuvan kiireettömän hoidon hoitopaikan valinnan vapauden syitä ja seurauksia. Pääasialliset muuttujat ja lainsäädäntö, jotka vaikuttivat taustalla, olivat tiedossa¹⁴⁴.

Hyvinkään naapurikunnat¹⁴⁵ lähellä Uudenmaan rajaa (esim. Riihimäki, Loppi ja Hausjärvi) kuuluvat Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiriin. Yöpäivystys Riihimäen seudulla on Hämeenlinnan keskussairaalaissa. Matkaa Hämeenlinnaan on n. 35 km ja Hyvinkäälle 15 km. Riihimäen seudun lisäksi Mäntsälän kunta, Nurmijärven Rajamäen sekä Tuusulan Jokelan taajamat sijaitsevat vaikutusalueeltaan Hyvinkään rajan lähellä. Hyvinkään terveyskeskus halusi selvittää, kasvavatko lainmuutoksen johdosta Hyvinkään terveysaseman asiakasmäärät (esim. Lopen suunnalta) ja pitääkö terveyskeskuksen näin ollen varautua kasvattamaan henkilöstömääräänsä. Valinnanvapauden lisääntyminen tuo terveyskeskuksen uudenlaiseen tilanteeseen ja sen täytyy pystyä vastaamaan tulevaan kysyntään tarvittavin resurssein. Julkisen vallan edellytetään luovan valinnaisia menettelymuotoja, joiden oletetaan lisäävän palvelujen avoimuutta ja kilpailua ja samalla alentavan kustannuksia¹⁴⁶.

3.1 Tutkimusongelma

Tutkimusongelmana tässä opinnäytetyössä oli: minkälaisia vaikutuksia laajennetulla kiireettömän hoidon hoitopaikan valintaoikeudella on Hyvinkään terveyskeskukselle. Kuinka moni aikoo hakeutua hoitoon kotikuntansa ulkopuolelle? Tutkimus oli ns. poikkitieteellinen, koska siinä yhdistettiin oikeustiedettä ja yhteiskuntatiedettä terveydenhuoltoalaan. Tutkimusongelma ja tutkimusprosessi kiertävät eri tieteenalojen läpi. Poikkitieteisyyden avulla voi joskus löytyä uusia ratkaisuja, jotka voivat johtaa uusien tieteenalojen syntymiseen.¹⁴⁷

Tieteidenvälisyyden pohtiminen auttaa ymmärtämään tutkimuksen mahdollisuuksia. Ongelma voi olla esimerkiksi se, että ei ole kunnolla sisäistänyt tutkimuksen tekemisen perusasioita. Mielekkäät tutkimuskysymykset sekä menetelmien ja aineistojen käyttö auttavat näkemään loogiset syysuhteet. Joskus tieteensisäinen pohdinta voi olla hyödyllisempää kuin kaikkien mahdollisten näkökulmien mukaan ottaminen.¹⁴⁸

Määrällisissä tutkimuksissa on löydettävissä esimerkkejä ns. aineiston vankina olemisesta. Hyvin tiedetään, että yhteiskuntia ja ihmisten monimutkaisia valintoja ei voi selittää pelkästään yhden mallinnuksen tai rationaalisen valinnan kautta. Yhtä ainutta ihmisen toimintaa selittä-

¹⁴⁴ Kananen 2011, 15.

¹⁴⁵ Ks. liite 3, 82.

¹⁴⁶ THLc 2011, 17.

¹⁴⁷ Mikkeli & Pakkasvirta 2007, 66.

¹⁴⁸ Mikkeli & Pakkasvirta 2007, 188.

vää teoriaa tai metodia ei ole olemassa. Sosioekonomisella asemalla on merkitystä, samoin kuin arjen pienillä valinnoilla.¹⁴⁹ Vastaus tutkimusongelmaan saatiin tässä tutkimuksessa ihmisten pään sisältä. Kuvassa 1 on kuvattu kuluttajan päätöksentekomallia¹⁵⁰. Terveyskeskusten potilaita voidaan pitää kuluttajina, koska tulevaisuudessa heillä on mahdollisuus valita, mistä kiireettömän hoitonsa saavat. Näin ollen heidän päätöksiinsä voidaan soveltaa samantyyppistä päätöksentekomallia kuin muihinkin ostopäätösprosesseihin.

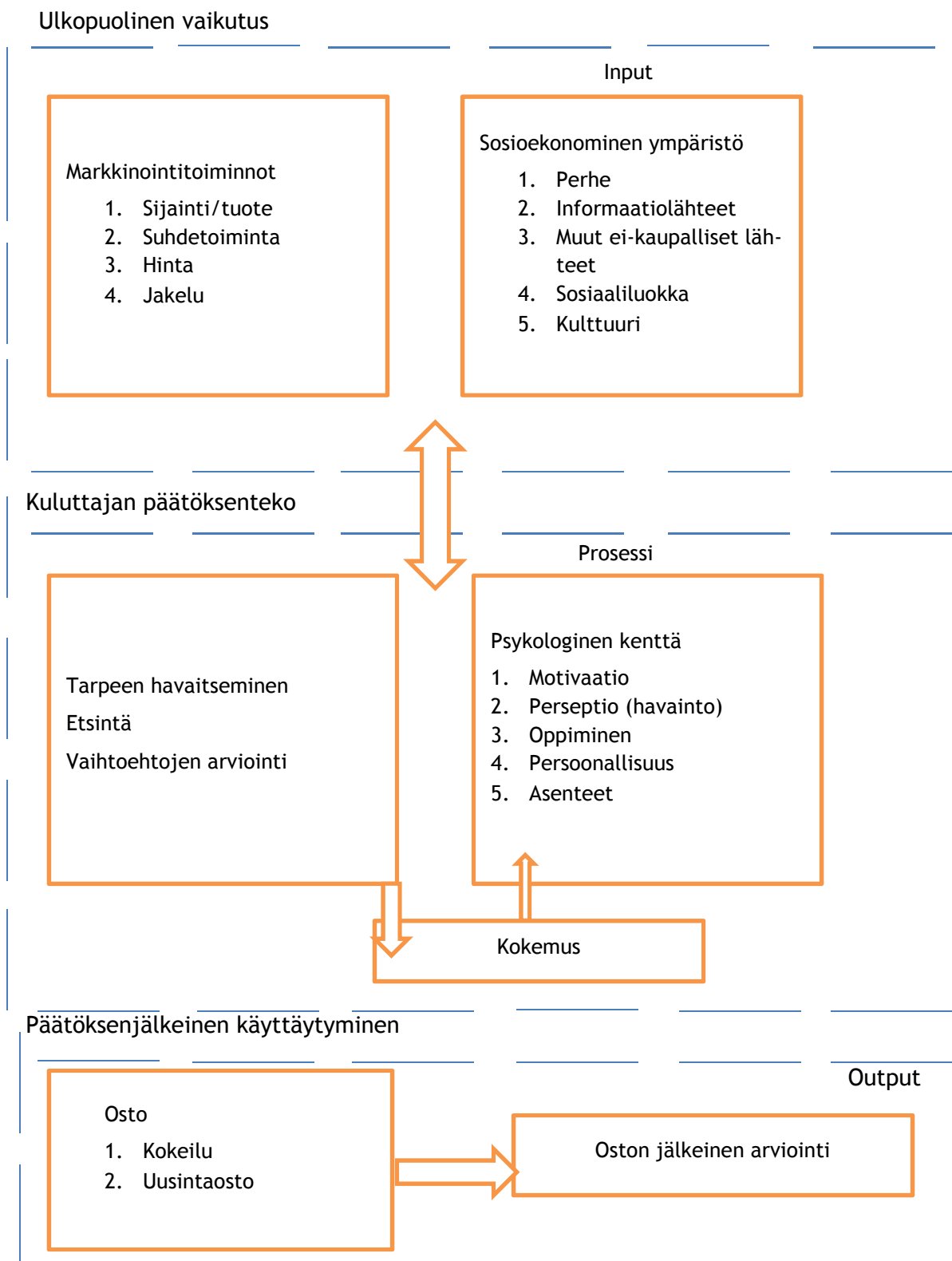
Kuluttajan päätöksentekomallissa kuluttajalla on mahdollisuus testata tuotetta tai palvelua. Tämä mahdollisuus on rajallinen terveysaseman vaihtoa ajatellen, koska valinta on tehtävä kirjallisesti ennen ensimmäistä käyntiä ja päätös on voimassa ainakin yhden vuoden. Toki potilaalla on mahdollisuus tutustua terveysaseman palveluihin ja jonotilanteeseen esimerkiksi verkkosivuilla. Samoin toisten potilaiden suositukset voivat vaikuttaa valintaan. Potilaan päätöksentekoa¹⁵¹ voidaan lähestyä myös hoitoon suostumisen näkökulmasta. Se eroaa kuluttajan päätöksenteosta siinä, että lääkäri päättää potilaan hoitoon ottamisesta ja hoidosta, mutta potilas päättää suostuuko hän hoitoon.¹⁵²

¹⁴⁹ Mikkeli & Pakkasvirta 2007, 189.

¹⁵⁰ Mukaillen Kananen 2010, 77.

¹⁵¹ Vrt. Pahlman 2003, 189.

¹⁵² Pahlman 2003, 188.



Kuva 1: Kuluttajan päätöksentekomalli¹⁵³

¹⁵³ Kananen 2010, 77.

Tutkimuskysymyksessä saatetaan syyllistyä ”pieni kysymys ja suuri johtopäätös” -ongelmaan. Tällöin liian suppealla tutkimuskysymyksellä yritetään lähestyä valtavaa kokoisia asioita ja yhteiskunnallisia ilmiöitä. Joskus voi käydä myös toisin päin, jolloin laajalla tutkimuskysymyksellä päädytään mitättömiin tuloksiin. Näin voi olla esimerkiksi, jos on tiedetty tutkimustulos jo etukäteen. Määrällisesti vakuuttavalla tutkimusaineistolla ei ole kyetty luomaan merkittäviä tutkimustuloksia.¹⁵⁴ Tieteidenvälisen toiminnan ominaispiirteitä on jatkuva muutoksenalaisuus, prosessuaalisuus ja liikkuvuus¹⁵⁵. Edellinen kuvaus sopii hyvin tähän tutkimukseen, koska lainsäädäntöä ja prosesseja uudistetaan jatkuvasti. Poikkitieteisyys ei ole välttämättä erillinen metodi vaan pikemminkin näkökulma tutkimuksen kohteeseen¹⁵⁶. Näkökulmana tässä opinnäytetyössä oli Hyvinkään terveyskeskuksen joko kasvava tai vähenevä kysyntä lainmuutoksen jälkeen.

3.2 Tutkimuksen tavoitteet

Laki terveydenhuollosta tuli voimaan 1.5.2011. Taustalla vaikuttivat tavoitteet terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi sekä paineet lisääntyvistä kustannuksista ja asiakaskeskeisyyden lisäämisestä. Tässä opinnäytetyössä on tarkoitus tutkia, mitä seurauksia Hyvinkään terveyskeskukselle on uuden lain 48 §:stä, jossa henkilön vapaus valita kiireettömän hoidon hoitopaikka laajenee. Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää, miten lakimuutos tulee vaikuttamaan Hyvinkään terveyskeskukseen. Selvitystä tarvittiin, jotta terveyskeskuksen talousarviossa vuodelle 2014 voitiin arvioida tarvittaessa henkilökunnan määrän lisäystä. Aluksi oli tarkoitus kartoittaa perusterveydenhuollon nykytilanne Hyvinkäällä ja sen lähialueilla (Keski-Uusimaa, Riihimäen seutu).

3.2.1 Nykytilanteen kartoitus

Nykytilannetta tutkittiin selvittämällä, mitkä terveysasemat valittaisiin tutkimukseen sekä alueen väestömäärät ja mahdollisuuksien mukaan etäisyydet terveydenhuollon palveluihin. Hyvinkää on 46 000 asukkaan elinvoimainen kunta, jossa sijaitsee useita suuria yrityksiä (mm. Konecranes Oyj, Kone Oyj). Hyvinkäällä on myös kattava julkisen liikenteen verkosto. Peruselementit ovat kunnan alueella kunnossa. Hyvinkään lähialueiksi luettiin Nurmijärvi, Tuusula, ja Mäntsälä sekä Riihimäki, Loppi ja Hausjärvi. Näillä kaikilla on yhteinen raja Hyvinkään kanssa. Tavoitteena oli selvittää, onko lakimuutoksella vaikutuksia alueen ihmisten terveydenpalveluiden valintaan. Samalla voisi selvittää, kuinka hyvin ihmiset tiesivät mahdollisuuksis-

¹⁵⁴ Mikkeli & Pakkasvirta 2007, 191.

¹⁵⁵ Mikkeli & Pakkasvirta 2007, 193.

¹⁵⁶ Mikkeli & Pakkasvirta 2007, 89.

taan valita perusterveydenhuollon hoitopaikka. Tutkimuksen avulla voitiin kuitenkin tehdä vain alustavia arvioita mahdollisesta kysynnän kasvusta tai laskusta.

3.2.2 Kyselyn tavoitteet

Toteutuessaan optimaalisesti kysely kertoo, kuka valitsee Hyvinkään terveysaseman perusterveydenhuollon hoitopaikakseen ja miksi. Hyvinkäällä toimii julkisen terveydenhuollon toimipisteiden lisäksi kolme yksityistä yleislääkäriasemaa: Aava, Mehiläinen ja Suomen Terveystalo. Selvityksessä kartoitettiin myös yksityisen yleislääkäripalveluiden käyttöä. Hyvinkään terveyskeskus toivoi, että selvityksestä on heille apua tulevien henkilöstötarpeiden suunnittelussa. Toimeksiantaja oli kuitenkin realistinen siinä, että kyseessä on asukkaiden valintojen ennustaminen. Toiveena oli markkinatutkimustyyppinen tutkimus, joka toteutettaisiin kyselyn avulla.

Selvitykseen otettiin mukaan Riihimäen terveyskeskuksen kuntayhtymä eli Riihimäki, Loppi ja Hausjärvi. Nämä kunnat valittiin siksi, että Riihimäen seudun asukkaiden yöpäivystys hoidetaan Hämeenlinnassa, jonne on alueelta pitempi matka kuin Hyvinkään sairaalan päivystykseen. Oletuksena oli, että asukkaat olisivat halukkaampia näin ollen valitsemaan perusterveydenhuoltopalvelut lähempää. Tutkimukseen mukaan haluttiin Riihimäen seudun lisäksi Mäntsälän terveysasema, Tuusulan Jokelan terveysasema sekä Nurmijärven Rajamäen terveysasema, koska nämä sijaitsevat Hyvinkään rajan välittömässä läheisyydessä. Näistä varsinkin Jokelan taajama sijaitsee Hyvinkään keskustan lähellä. Mäntsälä on hieman kauempana, mutta laajoilta reuna-alueilta voisi löytyä potentiaalisia terveysaseman vaihtajia. Kartta Hyvinkästä ja lähialueista on liitteenä 3.

3.3 Otos, otanta, populaatio

Opinnäytetyössä ei ole useinkaan mahdollista tehdä kokonaistutkimusta, jolla voitaisiin taata luotettavimmat tutkimustulokset. Aineiston koko tulee säätää sellaiseksi, että tiedon keruuseen ei kulu liikaa aikaa ja että kerääminen ei tule kohtuuttoman kalliiksi. Ensin tulee määritellä perusjoukko ja tästä joukosta poimitaan otos. Tällöin voidaan tehdä päätelmiä koko perusjoukosta tekemällä yleistyksiä otoksesta.¹⁵⁷ Terveyskeskuksen asiakkaita ovat kaikki kuntalaiset perustuslain mukaan. Tutkimusten mukaan¹⁵⁸ eniten terveyskeskuskäyntejä on eläkeikäisellä yli 65-vuotiaalla ja vähiten työikäisellä (15 - 64-vuotiaalla) väestöllä. Kuntalain 4 §:n mukaan kunnan jäsen on: henkilö, jonka kotikuntalaissa (201/1994) tarkoitettu kotikunta kyseinen kunta on, yhteisö, laitos ja säätiö, jonka kotipaikka on kunnassa sekä se, joka omistaa

¹⁵⁷ Hirsjärvi ym. 2001, 166 - 167.

¹⁵⁸ Ks. esim. THLb 2011, tilastoraportti 30/2011.

tai hallitsee kiinteää omaisuutta kunnassa.¹⁵⁹ Yhteisöt, säätiöt ja laitokset eivät kuitenkaan käytä terveystalvaeluita yksilöinä, vaan mahdollisesti tarjoamalla työntekijöilleen työterveys-huollon palveluita.

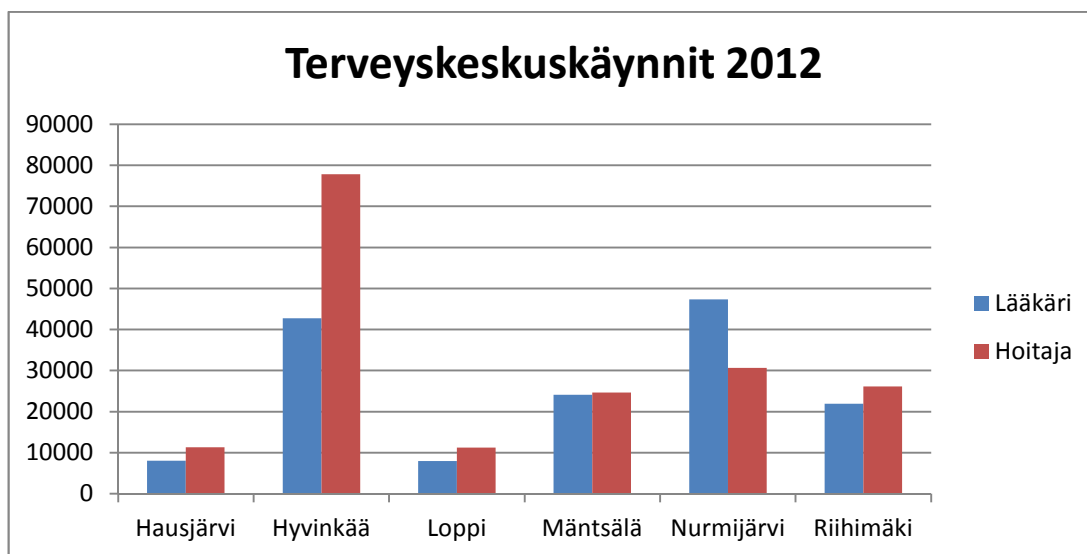
Tutkimukseen mukaan otettu vastaajajoukko valittiin niin, että se vastaisi mahdollisimman paljon ominaisuuksiltaan edustettavaa perusjoukkoa. Valittua ryhmää kutsuttiin otokseksi. Kaikki eivät kuitenkaan aina suostu tutkimukseen ja vajetta nimitetään kadoksi.¹⁶⁰ Tämä tutkimus on otos-tyyppinen, koska otos ei täysin vastaa tieteellistä otosta mm. siitä johtuen, että tarkkaa tietoa otoksen koosta ei ollut. Otanta perustuu terveysaseman kävijöihin, jotka edustavat tässä tutkimuksessa perusjoukkoa. Näin ollen luonnollinen aineiston keruupaikka oli terveysasema. Terveystalvaelut kuuluvat kuntalaisten perusoikeuksiin¹⁶¹, joten populaatio tutkimuksessa oli kunnan kaikki asukkaat. Perusjoukko edustaa alueen asukkaita eli terveysaseman potilaita, jolloin vastausten perusteella voidaan tehdä yleistyksiä. Potilaat ovat terveysaseman todellisia käyttäjiä, joiden valinnoilla on merkitystä kävijämääriin. Näin ollen ratkaisevaa oli se, että tavoitettiin oikeat vastaajat.

Suuntaa-antava otos laskettiin siten, että terveysasemilta pyydettiin tiedot vuoden 2012 kävijämääristä. Tutkimusaineisto päätettiin kerätä yhden viikon aikana terveysasemalla kävijöiltä, joten otoksen koko on viikoittainen kävijämäärä. Kuka tahansa tutkimusviikon aikana terveysasemalla käynyt oli mahdollinen vastaaja. Kuvassa 2 näkyy, että Hyvinkäällä oli eniten terveyskeskuskäyntejä 2012. Varsinkin hoitajakäyntejä oli Hyvinkäällä merkittävästi enemmän kuin muissa vertailukunnissa. Tuusulasta tietoja ei saatu, koska kunta ei osallistunut tutkimukseen.

¹⁵⁹ Kuntalaki (365/1995) 4 §.

¹⁶⁰ Kananen 2010, 96.

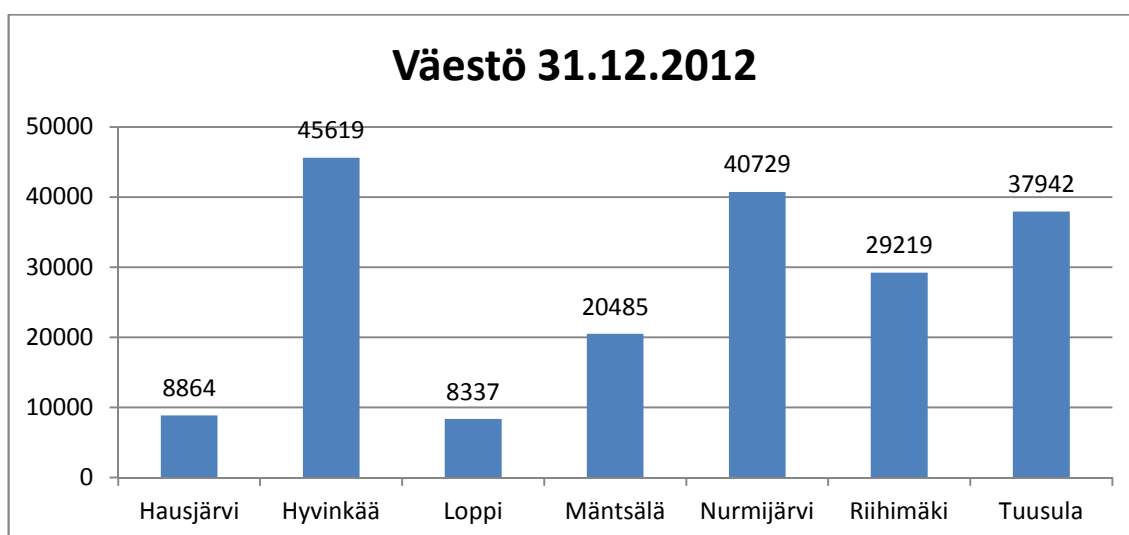
¹⁶¹ PerusL (731/1999), 19 §.



Kuva 2: Terveyskeskuskäynnit 2012¹⁶²

3.3.1 Nykytilanne Hyvinkäällä ja naapurikunnissa

Hyvinkää on tutkimuksessa mukana olevista kunnista väkirikkain. Nurmijärvi ja Tuusula tulevat seuraavina. Riihimäen seudun yhteistyökunnissa on yhtä paljon asukkaita kuin Hyvinkäällä. Kaikissa kunnissa on taajama-alueita, ja joiltakin alueilta olisi lyhyempi matka naapurikunnan terveysasemille. Hyvinkäällä oletettiin, että esimerkiksi Lopelta, Tuusulan Jokelan alueelta ja Nurmijärven Rajamäeltä olisi halukkuutta siirtyä Hyvinkään terveysasemien asiakkaiksi.



Kuva 3: Väestö 31.12.2012¹⁶³

¹⁶² Kauppinen (ylihoitaja, Hyvinkään terveyskeskus) & Uusitalo (avohuollon johtava ylilääkäri, Hyvinkään terveyskeskus) 27.2.2013, Hämäläinen (osastonhoitaja, Mäntsälän terveyskeskus) 5.6.2013, Sorvari (johdon sihteeri, Nurmijärven kunta) 8.6.2013, Puolakka (osastonsihteeri, Riihimäen terveyskeskus) 10.6.2013.

Seuraavissa kappaleissa on tietoa terveyspalveluiden nykytilanteesta Hyvinkäällä ja vertailutietoa hoitoon pääsystä ja terveyspalvelujen järjestelyistä tutkimukseen osallistuneista kunnista. Lain mukaan kunnan tulee ilmoittaa 4 kuukauden välein hoitoon pääsyn jonotusajat. Hoitotakuun mukaiset odotusajat on kerätty kunkin kunnan verkkosivuilta.

Hyvinkäällä asukkaita hoidetaan viidessä piirissä osoitteen perusteella. Aasukkaat saavat terveyspalveluita Hyvinkään pääterveysasemalta sekä Paavolan terveysasemalta. Neuvolapalveluita saa Hakalan, Urakan ja Kenttädun neuvoloista. Hyvinkäällä on kuntalaisten käytössä myös sairaalan päivystys yöaikaan. Terveyskeskus päivystys siirtyi ostopalveluksi 2007¹⁶⁴. Hyvinkäällä hoitoon pääsee yhdeksän vuorokauden kuluessa lääkärille ja neljän vuorokauden kuluessa hoitajalle. Vastaanottotyötä tekeviä lääkäreitä on viroissa 22,5 ja hoitajia on toimissa 41,5. Lisäksi toimipisteissä työskentelee perheohjaaja, useita fysioterapeutteja sekä kuntohoitajia.¹⁶⁵

Lääkärivaje on vaihdellut yhdestä neljään ja puoleen lääkäriin kuukausittain. Yleislääkäri vastaanottokäyntien osto lääkärikeskuksista kilpailutettiin keväällä 2012, ja ostot alkoivat kesäkuussa. Sopimukset tehtiin kaikkien kolmen lääkärikeskuksen kanssa. Keskimäärin ostetaan kahden lääkärin työpanos kuukaudessa.¹⁶⁶ Vuonna 2012 ostopalvelukäyntejä oli 1667 kappaletta¹⁶⁷. Palveluseteli otettiin käyttöön 1.9.2012. Se on tarkoitettu päivystyksen ruuhkan vähentämiseksi eli sitä tarjotaan potilaalle, joka on käynyt päivystyksessä ja tarvitsee jatkokontrolliaikaa lääkärille. Kahden lääkärikeskuksen kanssa on tehty palveluntuottajasopimus. Palveluseteliä on käytetty vähän ja noin 10 potilasta kuukaudessa on ottanut palvelusetelin.¹⁶⁸

Vastaanotoilla on käytössä takaisinsoittopalvelu, jossa soittajan ei tarvitse jonottaa puhelimessa, vaan hänelle soitetaan sovittuna aikana. Takaisinsoittopalvelu koskee sekä ajanvaraus- että potilastoimiston puheluita. Uuteen toimintatapaan ovat olleet tyytyväisiä sekä kuntalaiset että henkilökunta.¹⁶⁹ Tätä toimintatapaa on suositeltu mm. Sosiaali- ja terveysministeriön ohjeessa (424/2011)¹⁷⁰.

Mäntsälässä kunnan asukkaat ovat jo voineet sopimuksen turvin valita perusterveydenhuoltopalvelunsa kunnan ulkopuolelta, esimerkiksi Hausjärveltä tai Kellokoskelta. Kunta on tehnyt

¹⁶³ Tilastokeskus 31.12.2012.

¹⁶⁴ Kauppinen 27.2.2013.

¹⁶⁵ Kauppinen 25.2.2013.

¹⁶⁶ Kauppinen 27.2.2013.

¹⁶⁷ Uusitalo 25.2.2013.

¹⁶⁸ Kauppinen 27.2.2013.

¹⁶⁹ Kauppinen 27.2.2013.

¹⁷⁰ STM (424/2010), Ohje terveyskeskuksille välittömästä yhteydenaunnasta.

Virka-aikana perusterveydenhuollon päivystyspalvelut ovat saatavissa kaikissa Suomen kunnissa. Ilta-aikaiset järjestelyt ovat hyvin monimuotoiset ja yöaikaan toiminta on keskittynyt 64 toimipisteeseen sekä kolmen seutukunnan terveysasemien välillä kiertävään yöpäivystykseen. Päivystyspalveluita tulisi kehittää niin, ettei väestön eriarvoisuus virka-ajan ulkopuolisten palveluiden saatavuudessa vaarannu.¹⁸⁰ Päivystyspalveluiden odotettiin olevan yksi mahdollinen terveysaseman vaihtamiseen johtava syy tässä tutkimuksessa. Riihimäen seudun asukkaiden yöpäivystys on järjestetty Hämeenlinnan keskussairaalaan, jonne on noin 30-40 kilometrin matka, kun taas Hyvinkään sairaalaan matkaa olisi noin 15 kilometriä.¹⁸¹¹⁸²

3.4 Aineiston keruu

Tutkimusaineistoa päätettiin kerätä kyselylomakkeen avulla, koska kysymällä suoraan vaihtohalukkuudesta oli ainoa keino saada vastaus tutkimusongelmaan. Aineiston keruu toteutettiin jakamalla paperikyselyitä terveysaseman kävijöille ja toimeksiantajan pyynnöstä sijoitettiin linkki sähköiseen kyselyyn Hyvinkään kaupungin verkkosivuille. Jälkimmäisellä haluttiin tavoitella niitä, jotka etsivät tietoa terveyspalveluista aktiivisesti verkosta. Aineiston keruujaksiksi sovittiin yksi viikko. Viikon tuli olla tavanomainen ilman juhlapäiviä tai muuta erikoisohjelmaa. Aineiston keruu tuli suorittaa kaikissa toimipisteissä samanaikaisesti.

Ennen tutkimusajankohdan lopullista sopimista otettiin yhteys kaikkiin tutkimukseen mukaan haluttuihin terveyskeskuksiin. Tutkimuslupahakemus ja tutkimussuunnitelma sekä kyselylomake toimitettiin sähköpostitse johtaville lääkäreille. Tutkimuslupa myönnettiin Nurmijärveltä, Mäntsälästä, Riihimäen seudun terveyskeskuksen kuntayhtymästä sekä Hyvinkään sairaalasta. Tuusula ei reagoinut tutkimuslupapyyntöihin, ja näin ollen Jokelan terveysasema ei ollut mukana tutkimuksessa. Kokonaisuuden kannalta olisi ollut tärkeää, että Jokela olisi ollut mukana. Jokelan taajama-alue sijaitsee hyvin lähellä Hyvinkään rajaa, joten arveltiin, että siitä suunnasta halukkuutta Hyvinkään terveyskeskuksen asiakkaisiksi olisi ollut.

3.4.1 Kyselylomake

Lomakkeesta tehtiin tarkoituksella hyvin selkeä ulkoasultaan. Kysymysten tuli olla niin helppoja ja yksiselitteisiä, että jokaisella oli yhdenvertaiset mahdollisuudet vastaamiseen. Kyselylomake on liitteenä 1. Kysymykset olivat strukturoituja, eli niissä oli valmiit vastausvaihtoehdot. Varsinaisia avoimia kysymyksiä lomakkeessa ei ollut. Vastaajilla oli mahdollisuus vastata terveysaseman vaihtoa koskevaan kysymykseen ”muu syy”, jolloin vastaaja saattoi omin sa-

¹⁸⁰ Reissel ym. 2012, 5.

¹⁸¹ THL:n raportin (Reissel ym. 2012, 106.) mukaan Suomen väestöstä viidesosalla on yöpäivystyksen paikkakunnalle yli 20 kilometrin matka oman kunnan keskustasta.

¹⁸² Ks. esim. uutinen ”Yöpäivystys on kaikkien saatavilla” Ylen verkkosivuilla 9.5.2013.

noin perustella valintaansa. Myös kysymykseen ”Minkä terveysaseman valitsisit?” vastaaja pystyi itse kirjoittamaan valitsemansa terveysaseman nimen ja sijainnin, mikäli hänen valintansa ei kohdistunut nykyisin käyttämäänsä terveysasemaan. Kyselytutkimus valittiin aineistonkeruun menetelmäksi, koska sen arveltiin säästävän aikaa ja se mahdollisti tutkimuksen toteuttamisen useassa paikassa samanaikaisesti. Kyselytutkimukseen liittyy myös heikkouksia, joista tavallisin on aineiston pitäminen pinnallisena. Tulokset voivat myös olla teoreettisesti vaativampia.¹⁸³

Lomake jaettiin kahteen osaan, hoitopaikan valinta sekä taustatiedot. Taustatiedot sijoitettiin kyselyn loppuun¹⁸⁴, jotta tärkeimmät ja vaikeimmat kysymykset saatiin alkuun. Tärkein kysymys ja koko tutkimuksen pääkysymys oli, aikovatko vastaajat vaihtaa käyttämäänsä terveysasemaa. Tämän lisäksi kiinnosti erityisesti se, että minkä aseman he valitsevat. Nämä kaksi kysymystä sijoitettiin lomakkeen alkuun. Muut kysymykset liittyivät mahdollisen vaihdon oletettuihin syihin. Kuinka pitkä matka potilaalla on käyttämälleen terveysasemalle ja millä perusteella hän valitsee käyttämänsä aseman? Se, kuinka usein potilaat asioivat, vaikuttaa terveysaseman kävijämääriin ja samalla pystyttiin selvittämään, ovatko vastaajat terveysaseman todellisia käyttäjiä. Lopuksi päätettiin selvittää vielä yksityisten yleislääkäripalveluiden käyttöä ja sitä, vaihtaisivatko yksityisen palvelun käyttäjät julkiseen palveluun. Yksityisen palvelun vaihtamisesta julkiseen voisi tulla lisää potilaskäyntejä terveysasemille.

Taustatiedoissa kysyttiin vastaajan sukupuoli, ikä, tämän hetkinen ammatti (sosioekonominen asema) sekä asuinpaikka. Ikä jaettiin nuoriin alle 20-vuotiaisiin, työikäiseen väestöön 20 - 64-vuotiaisiin sekä eläkeläiset jaettiin kahteen ryhmään 65 - 74-vuotiaisiin ja yli 75-vuotiaisiin vanhuksiin. Taustatietojen avulla vastaajia pystytään vertaamaan populaatioon.

3.4.2 Lomakkeen ja saatteen testaus

Lomakkeen kehittelyyn osallistuivat ja vinkkejä antoivat Hyvinkään terveyskeskuksen ylihoitaja, avohuollon ylilääkäri ja tiedottaja. Toimeksiantajan kanssa pidettiin ennen kyselyn toteuttamista kolme palaveria, joissa käytiin tarkalleen läpi tutkimuksen tavoitteet sekä kyselylomakkeen ulkoasu. Lomaketta ja sen kysymyksiä testattiin aluksi näyttämällä se iäkkäälle sekä työikäiselle terveysaseman käyttäjälle. Tarkoituksena oli selvittää lomakkeen kysymysten ja ulkoasun ymmärrettävyyttä ennen sen julkistamista. Iäkkäältä vastaajalta saatiin myös varmuus fontin riittävästä koosta. Pilotoinnilla pyrittiin varmistumaan siitä, että vastausvaihtoehdot ovat onnistuneita.

¹⁸³ Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2001, 182.

¹⁸⁴ Mm. Kananen (2010) suosittelee taustatietokysymysten sijoittamista kyselylomakkeen loppuun.

Mahdollisia tutkimusmenetelmän haittoja voisivat olla esimerkiksi se, että ei voida varmistua siitä, miten vakavasti vastaajat suhtautuvat tutkimukseen ja vastaavatko he huolellisesti ja rehellisesti. Ei voida myöskään varmistua siitä, ovatko vastaajat selvillä tutkimuksen aihealueesta.¹⁸⁵ Tämä riski oli olemassa, koska kyselylomakkeet olivat potilaiden täytettävänä terveysasemien odotustiloissa. Kyselylomakkeeseen tehtiin saate, jossa oli lisätietoa tutkimuksesta, tutkimuksen suorittajan nimi sekä toimeksiantajan eli Hyvinkään terveyskeskuksen ylihoitajan ja avohuollon ylilääkärin yhteystiedot. Saatteeseen kirjoitettiin terveydenhuoltolain 48 §, johon koko tutkimus valinnanmahdollisuudesta perustuu. Saate sai hyvää palautetta terveysasemien henkilökunnalta, jotka olivat siihen erityisen tyytyväisiä.

Kysely päätettiin toimeksiantajan toiveesta sijoittaa myös Hyvinkään kaupungin verkkosivuille. Verkkokysely oli muuten täysin identtinen paperisen kyselylomakkeen kanssa, mutta siihen jätettiin kysymys ” Millä perusteella valitset tällä hetkellä perusterveydenhuollostasi vastaavan terveysaseman?” Vastausvaihtoehdot olivat samat kuin kysymyksessä ” Millä perusteella valitset perusterveydenhuollostasi vastaavan terveysaseman v. 2014 alkaen, kun voit valita terveysaseman myös asuinkuntasi ulkopuolelta?” Näistä ensimmäinen kysymys oli mukana paperisessa lomakkeessa, mutta siitä päätettiin luopua, koska oletettiin, että potilaat ovat ns. lähiterveysasemallaan. Tästä kysymyksestä on verkkokyselyn vastausten pohjalta oma kappaleensa tutkimustuloksia käsittelevässä luvussa.

3.4.3 Paperilomakkeiden jako terveysasemille

Kaikilta tutkimukseen osallistuneilta terveysasemalta oli nimetty yhteyshenkilö, jonka kanssa sovittiin tapaaminen kyselyn organisoimiseksi. Kyselylomakkeet saatteineen toimitettiin terveysasemille käymällä paikanpäällä. Lomakkeiden keräämistä varten tehtiin vastauslaatikot, koska tarkoituksena oli, että potilaat täyttävät lomakkeen vastaanotolla ollessaan eivätkä vie lomakkeita kotiin. Alkuperäisenä ideana oli, että potilaiden ilmoittautuessa vastaanotolle henkilökunta voisi pyytää heitä osallistumaan kyselyyn. Käytännössä tämä ei onnistunut, koska kaikki terveysasemat olivat luopuneet erillisestä ilmoittautumisesta, ja potilaat menevät suoraan odotustilaan. Näin ollen palautuslaatikko sijoitettiin kunkin terveysaseman odotustilaan tai vastaavaan, jossa potilasvirrat liikkuvat. Tämä valitettavasti pienensi vastausten määrää, koska kukaan ei aktiivisesti tarjonnut mahdollisuutta osallistua satikka kertanut potilaille tutkimuksesta.

4 Tutkimustulokset

Tutkimukseen osallistuivat Mäntsälän terveysasema, Rajamäen terveysasema, Hyvinkään Hakalan neuvola, Hyvinkään sairaalan päivystys sekä Hyvinkään terveyskeskus ja Riihimäen seu-

¹⁸⁵ Hirsjärvi ym. 2001, 182.

dun terveyskeskuksen kuntayhtymä. Kyselylomakkeita kerättiin Mäntsälässä, Rajamäellä ja Hyvinkäällä viikolla 20 (13.-17.5.2013). Riihimäen seudun terveyskeskuksen kuntayhtymän terveysasemilla eli Lopella, Oitissa, Ryttylässä ja Riihimäen pääterveysasemalla kysely toteutettiin viikolla 21 (20.-24.5.2013). Tarkoituksena oli suorittaa kysely kaikilla asemilla samanaikaisesti, mutta aikatauluongelmien vuoksi Riihimäen kyselyä myöhennettiin yhdellä viikolla. Sähköinen kysely oli auki ensin 13.-20.5.2013. Tämän viikon aikana kyselyyn saatiin ainoastaan kaksi vastausta, joten vastausaikaa päätettiin pidentää viikolla 26.5. saakka. Vastauksia saatiin yhteensä 26 kappaletta. Hyvinkään tiedottaja markkinoi kyselyä kaupungin verkkosivulla ennen kyselyn alkamista.

Tuusulan kunta ei reagoinut tutkimuslupapyyntöihin eikä muihin yhteydenottoihin. Jokelan terveysasema ei näin ollen ole mukana tutkimuksessa. Mäntsälän terveysaseman yhteyshenkilön mukaan Tuusulan ja Mäntsälän oli tarkoitus tutkia valintaoikeuden käyttöä omilla terveysasemillaan. Mäntsälässä myös arveltiin, että Tuusulan kunnan alueelta asukkaat saattaisivat suunnata valintansa Mäntsälään Hyvinkään sijaan. Jokelan taajama on kuitenkin niin lähellä Hyvinkään rajaa, että sen asukkaiden mahdollisia Hyvinkääseen kohdistuvia valintoja olisi ollut mielenkiintoista tutkia.

Lomakkeita toimitettiin terveysasemille yhteensä 420 kpl. Tutkimukseen saatiin yhteensä 197 vastausta, joista paperilomakkeita oli 171 kpl ja sähköisen kyselyn vastauksia 26 kpl. Paperilomakkeista käyttökelpoisia oli 167 kpl. Paperilomakkeita palautettiin Rajamäeltä 4 kpl, Mäntsälästä 8 kpl, Hyvinkään terveyskeskuksesta 38 kpl, Hakalan neuvolasta 16 kpl, Hyvinkään sairaalan päivystyksestä 45 kpl, Riihimäeltä 20 kpl, Oitista Hausjärveltä (mukaan lukien Ryttylä) 25 kpl ja Lopelta 15 kpl. Riihimäellä kerätyistä lomakkeista kolme vastaajaa ilmoitti asuvansa Hausjärvellä, Hyvinkään sairaalan päivystyksessä asioineista yksi ilmoitti asuvansa Tuusulassa, yksi Mäntsälässä ja loput olivat hyvinkääläisiä. Palautetuista lomakkeista jouduttiin hylkäämään neljä kappaletta. Hylätyt lomakkeet olivat täytetyt niin puutteellisesti, että niitä ei voitu hyödyntää vastausten analysoinnissa. Hylätyistä lomakkeista kaksi oli Hyvinkään sairaalasta, yksi Rajamäeltä ja yksi Oitista.

4.1 Suorat jakaumat kyselyn vastauksista

Suora jakauma kertoo muuttujien ominaisuuksien saamat arvot. Tässä tarkastellaan yksittäisen kysymyksen vastausten jakautumista eri vaihtoehtojen välille. Prosenttijakauma ilmoittaa kunkin vaihtoehdon saaman suhteellisen osuuden vastauksista. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa käytetään aina suhteellista esitystapaa, jolloin voidaan yleistää tulokset perusjoukkoon.¹⁸⁶ Vastaukset jokaiseen kysymykseen käsitellään erikseen ja jaoteltuna lomakkeen tavoin hoito-

¹⁸⁶ Kananen 2010, 104.

paikan valinta- sekä taustatiedot -osioihin. Verkkokyselyn vastauksilla on oma sarakerivi, ja paperikyselyn vastaukset on jaoteltu asuinpaikan mukaan.

4.1.1 Hoitopaikan valinta

”Vuoden 2014 alusta Sinulla on oikeus valita mikä tahansa terveysasema Suomessa vastaamaan perusterveydenhuollostasi. Aiotko käyttää oikeuttasi valita joku muu terveysasema kuin nykyisin käyttämäsi?”

Tutkimukseen saatujen vastausten perusteella 15 % ilmoitti aikovansa käyttää oikeuttaan valita terveysasema, 22 % ei osannut sanoa ja loput eli lähes kaksi kolmasosaa vastaajista eivät aio vaihtaa. Taulukossa 1 näkyy, miten vastaukset jakautuivat asuinpaikan mukaan. Hausjärvellä asuvat näyttäisivät aikovan vaihtaa terveysasemaa muita todennäköisemmin. Kunnan asukkaista vain 30 % ilmoitti, että ei aio vaihtaa terveysasemaa. Myös verkossa vastanneet näyttäisivät olevan muita vastaajia potentiaalisempia vaihtamaan käyttämäänsä terveysasemaa. Rajamäellä taas ollaan ilmeisen tyytyväisiä nykyiseen terveysasemaan, koska kukaan kyselyyn vastanneista ei aikonut vaihtaa. Rajamäen ja Tuusulan asukkaiden vastauksia oli kuitenkin koko määrästä niin vähän, että yleistyksiä ei voida tehdä.

Asuinpaikka	Kyllä	EOS	Ei	Yhteensä
Hyvinkää	8 %	18 %	74 %	100 %
Loppi	13 %	13 %	74 %	100 %
Mäntsälä	22 %	11 %	67 %	100 %
Oitti (Hausjärvi)	26 %	44 %	30 %	100 %
Rajamäki	0 %	0 %	100 %	100 %
Riihimäki	18 %	18 %	64 %	100 %
Tuusula	0 %	100 %	0 %	100 %
Verkko	23 %	27 %	50 %	100 %
Yhteensä	15 %	22 %	63 %	100 %

Taulukko 1: Aiotko vaihtaa terveysasemaa v. 2014? n193

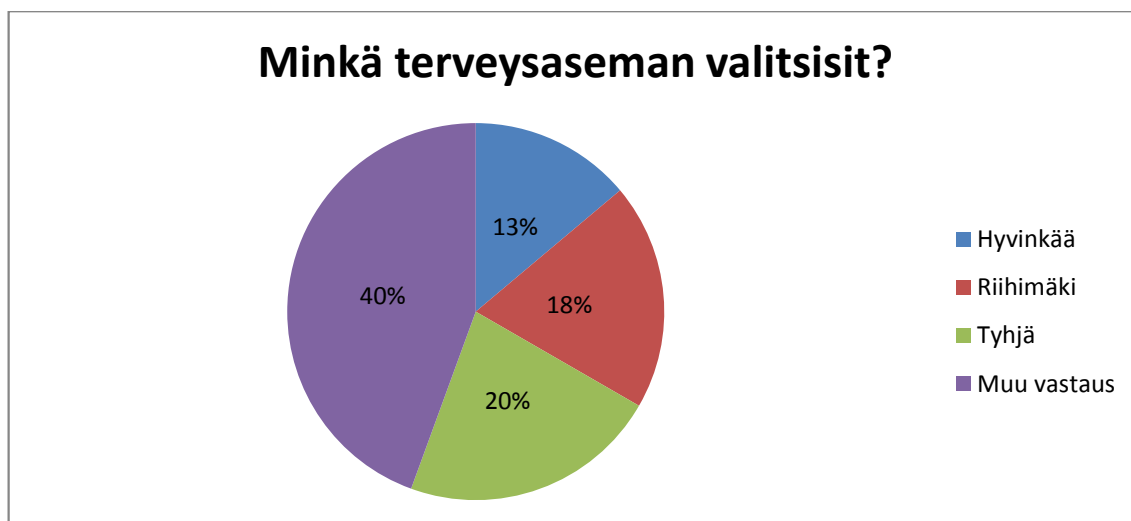
”Minkä terveysaseman valitsisit? Jos valitset vastauksen Muu, kirjoita kenttään terveysaseman nimi ja sijainti.”

Kysymyksen vastausten perusteella 79 % valitsisi myös jatkossa nykyisin käyttämänsä terveysaseman. Näin ollen osa niistä, jotka eivät osanneet ottaa kantaa ensimmäiseen kysymykseen, ilmoitti valitsevansa nykyisin käyttämänsä terveysaseman. Hausjärvellä asuvat näyttävät kyselyn tulosten perusteella valitsevan todennäköisimmin jonkun muun terveysaseman kuin nykyisin käyttämänsä.

Asuinpaikka	Nykyinen terveysasema	Muu	Yhteensä
Hyvinkää	86 %	14 %	100 %
Loppi	87 %	13 %	100 %
Mäntsälä	78 %	22 %	100 %
Oitti (Hausjärvi)	59 %	41 %	100 %
Rajamäki	100 %	0 %	100 %
Riihimäki	88 %	12 %	100 %
Tuusula	100 %	0 %	100 %
Verkko	77 %	23 %	100 %
Yhteensä	79 %	21 %	100 %

Taulukko 2: Minkä terveysaseman valitsisit? n193

Vastaajista, jotka eivät valitsisi nykyisin käyttämäänsä terveysasemaa, 18 % valitsi Riihimäen terveyskeskuksen. Seuraavaksi eniten eli 13 % vastaajista vaihtaisi perusterveydenhuollon palvelunsa Hyvinkään terveyskeskukseen. Jopa 40 % vastauksista oli yksittäisiä muita terveysasemia. Näitä kyselyssä mainittuja olivat Hausjärven terveysasema, Lohjan terveyskeskus, Kärkölen terveysasema, Sipoo, Tammisaari, Salo, Helsinki, Vantaa ja Oulu. Lisäksi vastattiin, että valittaisiin lähin terveysasema, työpaikkaa lähin terveysasema, yksityinen terveysasema sekä yleisesti Hämeen puolen terveysasemat. Viidennes muu-vaihtoehdon valinneista vastaajista jätti kohdan tyhjäksi.



Kuva 4: Minkä terveysaseman valitsisit? n40

Hausjärvellä asuvat valitsivat pääsääntöisesti tämän kyselyn perusteella Riihimäen terveysaseman nykyisen sijaan (Oitti). Hyvinkään terveysaseman valinneet asuivat Lopella, Riihimäellä ja Hausjärvellä. Hyvinkääläisten vastaajien vastaukset hajaantuivat Lohjalta Tammisaareen

sekä verkkokyselyyn vastanneista hyvinkääläisistä puolet muu-vaihtoehdon valinneista ilmoitti valitsevansa Paavolan terveysaseman pääterveysaseman sijaan tai päinvastoin.

”Kuinka pitkä matka kotoasi on nykyisin käyttämällesi terveysasemalle?”

Kaksi kolmasosaa kyselyyn vastanneista asuu alle kolmen kilometrin päässä nykyisin käyttämältään terveysasemalta. Hieman yli kolmanneksella matkaa on yli kolme kilometriä. Valtaosalla näyttäisi olevan kävelymatka nykyisin käyttämälleen terveysasemalle. Oitissa ja Lopella on suhteellisesti eniten vastaajia, joilla matkaa on yli kolme kilometriä. Riihimäellä näyttäisi taas siltä, että vastaajat asuvat hyvin lähellä käyttämäänsä terveysasemaa. Taulukosta 3 on nähtävissä tarkemmin vastausten jakautuminen. Taulukon alimmalla rivillä yhteensä-sarake on kunkin vastauksen osuuden kokonaismäärästä. Vaakariveillä ovat asuinpaikkakunnittain jaoteltuna vastaajien ilmoittamat etäisyydet terveysasemille.

Asuinpaikka	alle 1km	1-3km	yli 3km	Yhteensä
Hyvinkää	16 %	52 %	32 %	100 %
Loppi	27 %	20 %	53 %	100 %
Mäntsälä	33 %	44 %	22 %	100 %
Oitti (Hausjärvi)	22 %	19 %	59 %	100 %
Rajamäki	0 %	67 %	33 %	100 %
Riihimäki	47 %	35 %	18 %	100 %
Tuusula	0 %	100 %	0 %	100 %
Verkko	15 %	50 %	35 %	100 %
Yhteensä	21 %	44 %	36 %	100 %

Taulukko 3: Kuinka pitkä matka on kotoasi nykyiselle terveysasemallesi? n193

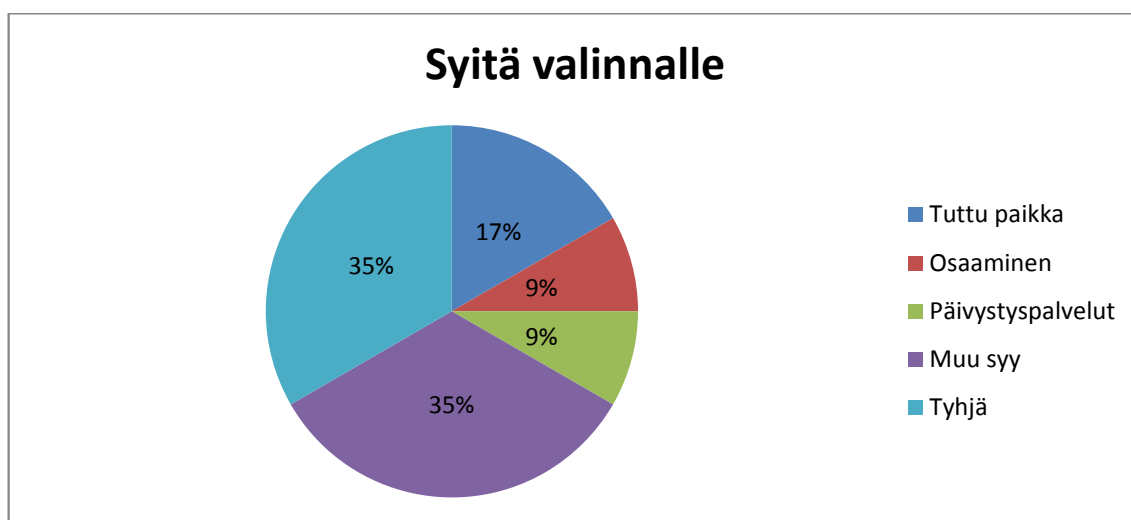
”Millä perusteella valitset perusterveydenhuollostasi vastaavan terveysaseman v. 2014 alkaen, kun voit valita terveysaseman myös asuinkuntasi ulkopuolelta?”

Yli puolet vastaajista ilmoitti valitsevansa perusterveydenhuollosta vastaavan terveysaseman sijainnin perusteella. Moni ilmoitti lisäksi hyvän palvelun ja lääkäriaikojen saatavuuden vaikuttavana päätökseensä. Hyvät kulkuyhteydet vaikuttivat vain vastaajista 11 %:n valintaan. Moni vastaaja oli valinnut enemmän kuin yhden kriteerin vastausvaihtoehdoista, siksi rivisarakeilla ei voida ilmoittaa yhteensä 100 %.

Asuinpaikka	Sijainti	Kulkuyhteydet	Hyvä palvelu	Lääkäriaikojen saatavuus	Muu syy
Hyvinkää	53 %	8 %	41 %	32 %	15 %
Loppi	60 %	13 %	53 %	33 %	0 %
Mäntsälä	78 %	33 %	22 %	22 %	0 %
Oitti (Hausjärvi)	56 %	19 %	33 %	48 %	4 %
Rajamäki	0 %	33 %	67 %	67 %	33 %
Riihimäki	65 %	12 %	29 %	35 %	12 %
Tuusula	100 %	0 %	0 %	100 %	0 %
Verkko	38 %	0 %	42 %	35 %	19 %
Yhteensä	53 %	11 %	39 %	36 %	12 %

Taulukko 4: Millä perusteella valitset perusterveydenhuollostasi vastaavan terveysaseman?
n193

Muun syyn valitsi vähän yli 10 % vastaajista ja heistä 65 % kommentoi, minkä syyn perusteella valintansa tekevät. Tuttu paikka, henkilökunnan osaaminen (kielitaito sekä yleinen osaaminen) sekä päivystyspalvelut toistuivat muina syinä. Lisäksi mainittiin hyvä hoito, pakottava syy, vapaa-ajan asunto paikkakunnalla, ”ei vaihtamalla parane” sekä lyhin matka. Kolmannes ei halunnut kommentoida valintaansa lainkaan ja jätti kohdan tyhjäksi.

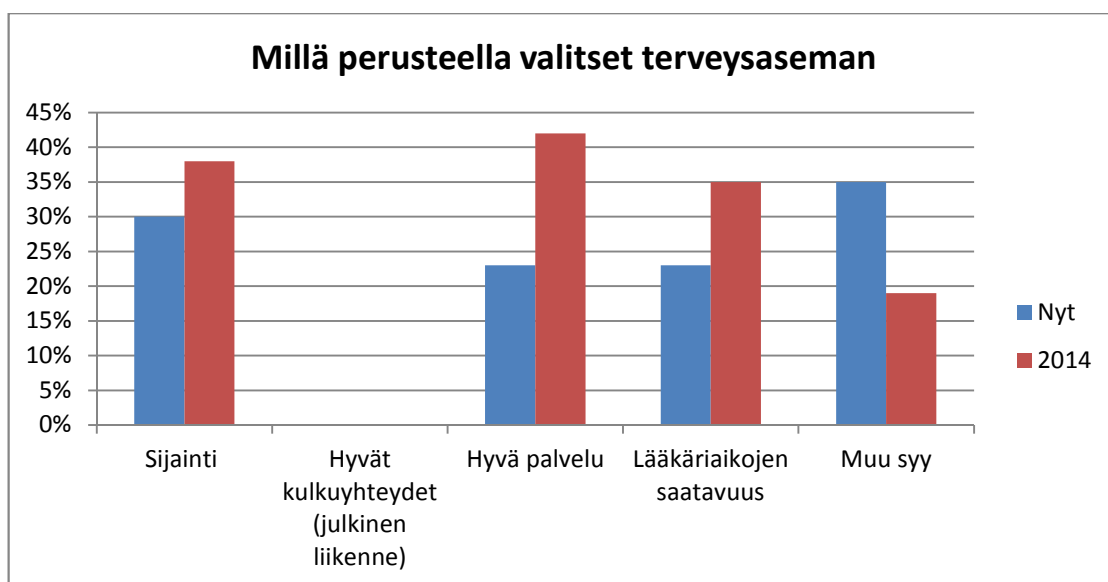


Kuva 5: Millä perusteella valitset perusterveydenhuollosta vastaavan terveysaseman? n23

Hyvinkääläiset ja hausjärveläiset arvostivat kyselyn perusteella tuttuutta. Hyvinkääläisten vastauksissa myös osaaminen oli monen vastaajan perusteena terveysaseman valinnalle. Päivystystä arvostettiin Riihimäellä ja Hyvinkäällä.

”Millä perusteella valitset perusterveydenhuollostasi vastaavan terveysaseman tällä hetkellä? vs. Millä perusteella valitset perusterveydenhuollostasi vastaavan terveysaseman v. 2014 alkaen, kun voit valita terveysaseman myös asuinkuntasi ulkopuolelta?”

Sähköisessä kyselyssä (n26) vastaajilla oli mahdollisuus vastata myös siihen, millä perusteella he valitsevat tällä hetkellä käyttämänsä terveysaseman. Tässä kysymyksessä taustalla oli terveydenhuoltolain 1.5.2011 lähtien voimassa ollut oikeus valita mikä tahansa terveysasema oman kunnan sisällä. Kolmannes kysymyksen vastaajista valitsee nykyisin käyttämänsä terveyskeskuksen sijainnin perusteella. Noin neljännes vastaajista ilmoitti valintaperusteekseen hyvän palvelun, ja samoin neljännes valitsee terveysasemansa lääkäriaikojen saatavuuden perusteella. Kukaan verkossa tähän kysymykseen vastanneista ei ole valinnut terveysasemaa hyvien kulkuyhteyksien (hyvän julkisen liikenteen) perusteella. Vastaajilla oli mahdollisuus valita enemmän kuin yksi vaihtoehto.



Kuva 6: Millä perusteella valitset terveysaseman (verkkokysely nyt ja 2014)? n26

Nykytilanteeseen verrattuna sijainnin, palvelun laadun ja lääkäriaikojen saatavuuden merkitys näyttäisi korostuvan entisestään, kun valinnanvapaus laajenee 2014. Vastaajat pystyivät valitsemaan syykseen myös Muu syy, jos sopivaa vaihtoehtoa ei löytynyt valmiista ehdotuksista. Vastaajilla oli mahdollisuus kertoa tarkemmin, minkä muun syyn perusteella he tekevät valintansa. Sähköisessä kyselyssä saatiin enemmän kommentteja muihin syihin kuin paperilomakkeissa. Seuraavassa muu syy-vaihtoehtoon saadut tarkat vastaukset:

- Työnantajan työterveyshuolto järjestetty nykyisessä/Hyvinkään pääterveysaseman tyte

- Pari vuotta Hyvinkäällä asuneena en onnekseni ole tarvinnut muita palveluita kuin labrapalvelut. Hyvin toiminut.
- Olen ollut tyytyväinen, miksi vaihtaa?
- Kunnassa ei vaihtoehtoisia paikkoja
- En ole sitä valinnut. Jouduin vaihtamaan, koska muutimme keskustaan ja silloin palvelu muuttui Paavolaan??? Vanhukset on siirretty keskustasta Paavolaan eikä edes kuljetusta saa!
- En käytä
- Ei sitä käsittäkseni voi valita, vaan määräytyy osoitteen mukaan
- Ei ole vaihtoehtoja.
- Ei ole muita vaihtoehtoja.
- Asiantunteva lääkäri, joka kohtelee myös lapsipotilaita ihmisinä.
- Palvelun laatu on selvästi parempaa keskustan Pääterveysasemalla ja samoin laboratoriot ovat samassa kiinteistössä.
- Olen tottunut asioimaan siellä.
- Myös Mäntsälän terveysasema sopii, koska olen paikkakunnalla töissä.
- Käyttäisin erittäin mieluusti oman kuntani terveyskeskusta, mutta olen todennut aikojen saamisen käsittämättömän vaikeaksi Hyvinkäällä. Aika varattava omahoitajan lyhyen soittoajan kautta, hankalaa. Esimerkiksi kerran yritin päästä erikoislääkärille. Omahoitaja kertoi, että erikoislääkäri ottaa vastaan yksityisellä terveysasemalla, ja terveyskeskusaikoja hänelle saa kerran viikossa ilmoitettuina aikoina. Odotusaika olisi ollut 2-3 viikkoa. Samalle lääkärille ko. yksityiselle terveysasemalle pääsi samana päivänä - omalla kustannuksella.
- Jos saan julkiselta terveysasemalta yhtä laadukasta palvelua, kuin yksityiseltä, olen valmis käyttämään julkista palvelua. Hyvinkään terv.keskus ei ole onnistunut vakuuttamaan minua palvelutasostaan niiden n. 20 vuoden aikana, mitkä olen täällä asunut. Esim. Riihimäellä asuvien ystävieni olen kuullut kertovan pelkkää hyvää omasta terv.keskuksestaan.
- Ei ole syytä vaihtaa.

Vastausten perusteella osa ei selvästikään tiennyt valintamahdollisuudesta. Moni oli tyytyväinen nykyiseen eikä sen vuoksi katsonut tarpeelliseksi ajatella vaihtavansa. Vastauksissa oli annettu myös muuta palautetta terveysaseman toiminnasta. Palvelun laatu ja vastaanottoaikojen saatavuus olivat näissäkkin vastauksissa esillä.

”Kuinka usein asioit terveyskeskuksessa?”

Yli kolme kertaa vuodessa terveysasemalla käy n.40 % vastaajista, kolmannes käy kaksi tai kolme kertaa ja loput käyvät yhden kerran tai ei ollenkaan. Terveysasemien kesken ei ole ha-

vaittavissa suuria poikkeamia. Verkossa annetut vastaukset poikkeavat paperilomakkeista siten, että verkossa vastanneista puolet käy vain kerran vuodessa tai eivät ollenkaan vuoden aikana terveysasemalla. Heistä vain 15 % käy yli kolme kertaa vuodessa vastaanotolla. Vastusten perusteella voidaan todeta, että vastaajat ovat terveysaseman kävijöitä, koska käyntikertoja kertyy valtaosalle yli kaksi vuosittain.

Asuinpaikka	0-1 krt	2-3 krt	yli 3 krt	Yhteensä
Hyvinkää	27 %	33 %	40 %	100 %
Loppi	13 %	20 %	67 %	100 %
Mäntsälä	22 %	22 %	56 %	100 %
Oitti (Hausjärvi)	30 %	33 %	37 %	100 %
Rajamäki	0 %	67 %	33 %	100 %
Riihimäki	18 %	53 %	29 %	100 %
Tuusula	0 %	0 %	100 %	100 %
Verkko	50 %	35 %	15 %	100 %
Yhteensä	28 %	34 %	38 %	100 %

Taulukko 5: Kuinka usein asioit terveysasemalla? n193

”Käytätkö yksityisiä yleislääkäripalveluita?”

Kyselyn vastausten perusteella hieman yli puolet vastaajista käyttää yksityisiä yleislääkäripalveluita. Eniten yksityisiä palveluita käytetään tämän kyselyn perusteella Hyvinkäällä. Myös Lopella asuvat ja verkkokyselyyn vastanneet näyttäisivät käyttävän paljon yksityisen lääkärin palveluita. Tuusulan arvo ei ole vertailukelpoinen.

Asuinpaikka	Kyllä	Ei	Yhteensä
Hyvinkää	64 %	36 %	100 %
Loppi	53 %	47 %	100 %
Mäntsälä	33 %	67 %	100 %
Oitti (Hausjärvi)	30 %	70 %	100 %
Rajamäki	33 %	67 %	100 %
Riihimäki	35 %	65 %	100 %
Tuusula	100 %	0 %	100 %
Verkko	77 %	23 %	100 %
Yhteensä	56 %	44 %	100 %

Taulukko 6: Käytätkö yksityisiä yleislääkäripalveluita? n193

”Jos vastasit edelliseen kysymykseen kyllä, vaihtaisitko yksityisen terveydenhuollon palvelusi julkiseen terveydenhuoltoon?”

Edellisestä kysymyksestä jatkettiin seuraavaan selvittämällä yksityisten palveluiden käyttäjiltä vaihtoehtoja julkiselle palveluntarjoajalle. Ne vastaajat, jotka käyttävät yksityisiä yleislääkäripalveluita, vaihtaisivat varsin mielellään julkiseen perusterveydenhuoltoon. Yli puolet vastaajista ilmoitti halukkuutensa vaihtaa. Varsinkin Oitissa asuvat vastaajat haluaisivat asioida julkisessa terveydenhuollossa. Tuusulan arvoa voidaan käyttää vain kaikkia vastauksia arvioidaessa, ei yksittäin.

Asuinpaikka	Kyllä	Ei	Yhteensä
Hyvinkää	52 %	48 %	100 %
Loppi	50 %	50 %	100 %
Mäntsälä	33 %	67 %	100 %
Oitti (Hausjärvi)	88 %	13 %	100 %
Rajamäki	100 %	0 %	100 %
Riihimäki	50 %	50 %	100 %
Tuusula	0 %	100 %	100 %
Verkko	45 %	50 %	95 %
Yhteensä	53 %	46 %	100 %

Taulukko 7: Vaihtaisitko käyttämäsi yksityisen lääkärin palvelut julkiseen perusterveydenhuoltoon? n108

4.1.2 Vastaajien taustatiedot

Kyselyyn saatujen vastausten perusteella vastanneista suurin osa oli naisia. Oitin terveysasemalla päästiin lähimmäksi sukupuolijakaumaa, jossa kumpiakin naisia ja miehiä on noin puolet väestöstä. Kyselylomakkeita kerättiin Hyvinkäällä Hakalan neuvolassa, jossa kaikki vastaajat olivat naisia. Tämä nostaa hieman naisten suhteellista osuutta vastaajista, koska neuvolan asiakkaat ovat pääsääntöisesti naisia. Hakalan neuvolassa kerättyjen lomakkeiden osuus Hyvinkäällä kerätyistä oli 18 %.

Asuinpaikka	Mies	Nainen	Yhteensä
Hyvinkää	28 %	71 %	100 %
Loppi	27 %	73 %	100 %
Mäntsälä	33 %	67 %	100 %
Oitti (Hausjärvi)	52 %	48 %	100 %
Rajamäki	33 %	67 %	100 %
Riihimäki	24 %	76 %	100 %
Tuusula	0 %	100 %	100 %
Verkko	19 %	81 %	100 %
Yhteensä	30 %	70 %	100 %

Taulukko 8: Vastaajien sukupuoli n193

Suurin osa vastaajista asuu Hyvinkäällä. Hyvinkääläisten vastaajien suuri osuus johtuu siitä, että vastauksia kerättiin useassa toimipisteessä kun taas muissa kunnissa aineistoa kerättiin yhdessä toimipisteessä (lukuun ottamatta Hausjärveä, jossa kerättiin kahdessa toimipisteessä). Rajamäellä ja Tuusulassa asuvia on tässä kyselyssä hyvin vähän. Kuvassa 7 on vastaajien asuinpaikkajakauma.

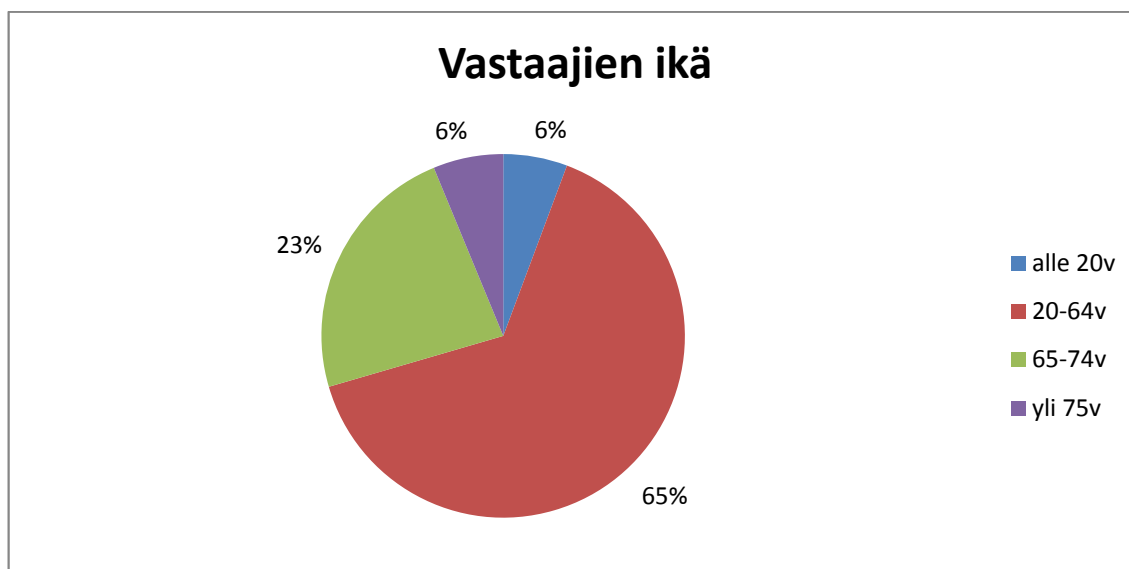


Kuva 7: Vastaajien asuinpaikka n193

Vastaajista suurin osa on 20 - 64 vuotta täyttäneitä. Seuraavaksi eniten terveyskeskuksissa kävivät 65 - 74-vuotiaat. Oitin terveysasemalla näyttäisi käyneen paljon alle 20-vuotiaita ja vähän työikäisiä verrattuna muihin mukana olleisiin terveysasemiin. Riihimäellä asuvista vastaajista enemmistö näyttäisi olevan yli 65 vuotta täyttäneitä.

Asuinpaikka	alle 20v	20-64v	65-74v	yli 75v	Yhteensä
Hyvinkää	3 %	77 %	14 %	5 %	100 %
Loppi	0 %	60 %	40 %	0 %	100 %
Mäntsälä	0 %	67 %	33 %	0 %	100 %
Oitti (Hausjärvi)	30 %	33 %	33 %	4 %	100 %
Rajamäki	0 %	67 %	33 %	0 %	100 %
Riihimäki	0 %	29 %	47 %	24 %	100 %
Tuusula	0 %	100 %	0 %	0 %	100 %
Verkko	0 %	73 %	19 %	8 %	100 %
Yhteensä	6 %	65 %	23 %	6 %	100 %

Taulukko 9: Vastaajien ikäjakauma n193



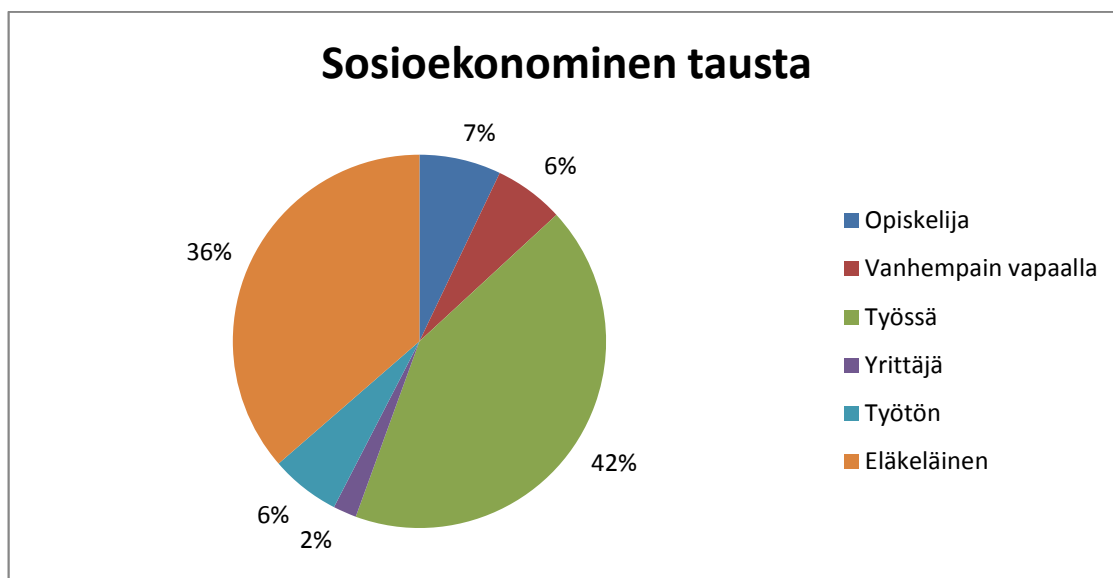
Kuva 8: Vastaajien ikä n193

Vastaajista valtaosa on joko työssä tai eläkkeellä. Opiskelijoista suurin osa oli Oitin terveys-
aseman kävijöitä. Kaikki yrittäjiksi ilmoittautuneet asuivat Hyvinkäällä. Työttömien osuus
kaikista vastaajista oli 6 %. Koko Suomen työttömyysaste oli elokuussa 2013 tilastokeskuksen
mukaan noin 7,1 % ¹⁸⁷.

Asuinpaikka	Opiskelija	Vanhempainvapaalla	Työssä	Yrittäjä	Työtön	Eläkeläinen	Yhteensä
Hyvinkää	3 %	10 %	48 %	3 %	8 %	26 %	100 %
Loppi	0 %	0 %	27 %	0 %	0 %	60 %	100 %
Mäntsälä	0 %	0 %	67 %	0 %	0 %	33 %	100 %
Oitti (Hausjär- vi)	33 %	4 %	33 %	0 %	4 %	44 %	100 %
Rajamäki	0 %	33 %	0 %	0 %	0 %	67 %	100 %
Riihimäki	0 %	0 %	12 %	0 %	12 %	76 %	100 %
Tuusula	0 %	0 %	100 %	0 %	0 %	0 %	100 %
Verkko	4 %	0 %	58 %	4 %	4 %	31 %	100 %
Yhteensä	7 %	6 %	42 %	2 %	6 %	36 %	100 %

Taulukko 10: Vastaajien sosioekonominen tausta n193

¹⁸⁷ Tilastokeskus 8/2013.



Kuva 9: Vastaajien sosioekonominen tausta n193

4.2 Ristiintaulukointi

Tässä kappaleessa vertaillaan ristiintaulukoimalla kyselyssä Kyllä -, EOS- ja Ei-vastauksia muiden valintojen kanssa. Kaikista vastaajista (verkossa tulleet vastaukset huomioiden) noin 15 % ilmoitti aikovansa vaihtaa terveysasemaa lain tullessa voimaan vuonna 2014. Yli viidennes miettii vielä kantaansa. Loput ilmoittivat kyselyssä, että eivät aio käyttää oikeuttaan valita. Taulukossa 11 on vertailtu kysymyksen 3 eli etäisyys nykyiselle terveysasemalle vastauksia ryhmittäin. Taulukkoa tulkitaan siten, että esimerkiksi kaikista alle yhden kilometrin päässä terveysasemalta asuvista 13 % aikoo vaihtaa terveysasemaa, 13 % ei osaa sanoa ja loput n. 75 % ei aio vaihtaa. Viimeisen sarakkeen ”Kaikki vastaajat” tarkoittaa mainitun etäisyyden päässä asuvien suhdetta koko vastaajamäärään. Kyselyn perusteella kolmea kilometria kauempana terveysasemalta asuvista yli puolet joko aikoo vaihtaa tai ei osaa sanoa. Näyttäisi siis siltä, että terveysaseman etäisyydellä on merkitystä vaihtoaikaisiin.

Kuinka pitkä matka on kotoasi nykyisin käyttämällesi terveysasemalle?	Kyllä	EOS	Ei	Kaikki vastaajat
alle 1 km	13 %	13 %	75 %	21 %
1-3 km	5 %	24 %	71 %	44 %
yli 3 km	28 %	26 %	46 %	36 %
Yhteensä				100 %

Taulukko 11: Kuinka pitkä matka on nykyisin käyttämällesi terveysasemalle? n193

Ne, jotka vastasivat, etteivät aio vaihtaa terveysasemaa, näyttäisivät valinneen enemmän valintakriteerejä kuin ne, jotka aikovat vaihtaa tai eivät osaa sanoa. Tähän kysymykseen saat-
toi vastata useamman kuin yhden vaihtoehdon. Kaikki-sarakkeen vastauksia on verrattu koko
vastaajajoukkoon eli esimerkiksi yli puolet kaikista vastaajista valitsee sijainnin perusteella
terveysasemansa. Kuten jo edellisessä kappaleessa todettiin, että etäisyydellä oli merkitystä
vaihtoaikaisiin ja myös tämän tuloksen perusteella näyttäisi siltä, että tämän kyselyn vastaa-
jien mukaan sijainti on tärkeä syy terveysaseman valinnalle.

Millä perusteella valitset terveysaseman vuonna 2014?	Kyllä	EOS	Ei	Kaikki vastaajat
Sijainti	17 %	17 %	65 %	54 %
Hyvät kulkuyhteydet	22 %	30 %	48 %	12 %
Hyvä palvelu	16 %	28 %	43 %	39 %
Lääkäriaikojen saata- vuus	13 %	36 %	49 %	36 %
Muu syy	9 %	22 %	70 %	12 %

Taulukko 12: Millä perusteella valitset terveysaseman? n193

Taulukossa 13 verrataan asiointikertoja vaihtoaikaisiin. Ryhmissä ei ole nähtävissä suuria ero-
ja tai poikkeavuuksia. Kyselyyn vastanneet asioivat suurimmaksi osaksi useammin kuin kaksi
kertaa vuodessa terveysasemalla.

Kuinka monta kertaa vuodessa asioit ter- veysasemalla?	Kyllä	EOS	Ei	Kaikki vastaajat
0-1 krt / v	15 %	24 %	61 %	28 %
2-3 krt / v	18 %	21 %	64 %	34 %
yli 3 krt / v	11 %	22 %	67 %	38 %
Yhteensä				100 %

Taulukko 13: Kuinka usein asioit terveysasemalla? n193

Yli puolet vastanneista ilmoitti käyttävänsä yksityisiä yleislääkäripalveluita. Kun tarkastellaan
vastauksia ryhmittäin, ensimmäisen kysymyksen perusteella vaihtoaikaisensa ilmoittaneet näyt-
täisivät käyttävän suhteellisesti enemmän yksityistä lääkäriä kuin muut.

Käytätkö yksityisen yleislääkäriin palveluita?	Kyllä	EOS	Ei	Yhteensä
Kyllä	68 %	56 %	53 %	56 %
Ei	32 %	44 %	47 %	44 %
Yhteensä	100 %	100 %	100 %	100 %

Taulukko 14: Käytätkö yksityisen yleislääkäriin palveluita? n193

Seuraavaksi oli jatkokysymys niille, jotka ilmoittivat käyttävänsä yksityisiä yleislääkäripalveluita. Kaikki edelliseen kysymykseen ”kyllä” vastanneet eivät olleet ottaneet kantaa tähän kysymykseen. Kaikista vastaajista yli puolet voisi vaihtaa yksityiset palvelut julkiseen palveluun. Jälleen joukosta eroaa ”kyllä” vastanneiden ryhmä. Heistä kaksikolmasosaa olisi valmis vaihtamaan käyttämänsä yksityiset palvelut julkiselle.

Vaihtaisitko käyttämäsi yksityisen lääkärin palvelut julkiseen palveluun?	Kyllä	EOS	Ei	Yhteensä
Kyllä	63 %	54 %	50 %	53 %
Ei	37 %	46 %	50 %	47 %
Yhteensä	100 %	100 %	100 %	100 %

Taulukko 15: Vaihtaisitko julkiseen terveydenhuoltoon? n107

Miesten osuus koko vastaajajoukosta (n193) oli 30 % ja naisten 70 %. Taulukosta 16 voidaan nähdä, että vastaukset hoitopaikan valintaa koskevaan kysymykseen jakautuvat koko tutkimuksen sukupuolijakaumaan nähden samassa suhteessa. Sukupuolella ei näin ollen näyttäisi olevan merkitystä valintaa tehtäessä.

Sukupuoli	Kyllä	EOS	Ei	Yhteensä
Miehet	29 %	33 %	30 %	30 %
Naiset	71 %	67 %	70 %	70 %
Yhteensä	100 %	100 %	100 %	100 %

Taulukko 16: Sukupuolijakauma ja vaihtoaikeet n193

Taulukossa 17 näkyy, että alle 20-vuotiaat näyttäisivät olevan muihin ikäryhmiin verrattuna hanakampia vaihtamaan. Hieman yllättäen yli 75-vuotiaista tähän kyselyyn vastanneista 17 % aikoo vaihtaa ja neljännes ei osaa sanoa kantaansa. Sen sijaan tätä nuoremmat eli 65 - 74-vuotiaat eivät ole innokkaita vaihtajia tämän tutkimuksen perusteella.

Ikä	Kyllä	EOS	Ei	Kaikki vastaajat
alle 20v	27 %	45 %	28 %	6 %
20-64v	16 %	22 %	62 %	65 %
65-74v	7 %	18 %	75 %	23 %
yli 75v	17 %	25 %	58 %	6 %
Yhteensä				100 %

Taulukko 17: Ikäjakauma ja vaihtoaikeet n193

Opiskelijat näyttäisivät olevan potentiaalisimpia vaihtajia ja heissä on myös paljon epävarmoja. Alle puolet opiskelijoiden ryhmästä ilmoittaa, että ei aio vaihtaa nykyisin käyttämäänsä terveysasemaa. Yrittäjät ja työttömät eivät tämän tutkimuksen perusteella aio vaihtaa terveysasemaa. Sosioekonomisen taustan perusteella kaikkien ryhmien vastaukset jakautuvat melko tasaisesti, eikä mikään ryhmä lukuun ottamatta opiskelijoita erotu erityisesti.

Sosioekonominen tausta	Kyllä	EOS	Ei	Kaikki vastaajat
Opiskelija	23 %	38 %	39 %	7 %
Vanhempain va- paalla	8 %	17 %	75 %	6 %
Työssä	18 %	23 %	59 %	42 %
Yrittäjä	0 %	0 %	100 %	2 %
Työtön	0 %	42 %	68 %	6 %
Eläkeläinen	13 %	18 %	69 %	35 %
Yhteensä				100 %

Taulukko 18: Sosioekonominen tausta ja vaihtoaikheet n193

Taulukossa 19 on vastauksien jakautuminen paikkakunnittain ja verkkokyselyn vastaukset omalla rivillään. Vastausten perusteella innokkaimmat vaihtajat ovat Oitista. Oitissa oli myös pienin määrä vastaajia, jotka eivät aio vaihtaa käyttämäänsä terveysasemaa. Tuusulassa ja Rajamäellä asuvista ei voida vetää johtopäätöksiä alhaisen vastausmäärän vuoksi.

Asuinpaikka	Kyllä	EOS	Ei	Yhteensä
Hyvinkää	8 %	18 %	74 %	100 %
Loppi	13 %	13 %	74 %	100 %
Mäntsälä	22 %	11 %	67 %	100 %
Oitti (Hausjär- vi)	26 %	44 %	30 %	100 %
Rajamäki	0 %	0 %	100 %	100 %
Riihimäki	18 %	18 %	64 %	100 %
Tuusula	0 %	100 %	0 %	100 %
Verkko	23 %	27 %	50 %	100 %
Yhteensä	15 %	22 %	63 %	100 %

Taulukko 19: Asuinpaikka ja vaihtoaikheet n193

4.3 Yhteenveto tuloksista

Tämän tutkimuksen perusteella kaikki saadut vastaukset huomioiden Hyvinkään ja naapurikuntien terveysaseman käyttäjistä 15 % aikoo vaihtaa terveysasemaa, kun se tulee mahdolliseksi vuonna 2014. Lisäksi viidennes ei osannut ainakaan vielä sanoa kantaansa. Varsinkin verkkokyselyn vastausten perusteella ilmeni, että ihmiset eivät tieneet tulevasta valinta-

keudestaan eivätkä nykyisestä oikeudesta vaihtaa terveysasemaa kunnan sisällä. Niitä, jotka ovat tähän mennessä vaihtaneet terveysasemaa oman kunnan sisällä, on hyvin vähän¹⁸⁸.

Yli puolet vastaajista ilmoitti käyttävänsä yksityisiä yleislääkäripalveluita. Yksityisen palvelun käyttäjistä vielä puolet ilmoitti voivansa vaihtaa käyttämänsä palvelut julkiseen terveydenhuoltoon. Vastaajista oman nykyisin käyttämänsä terveysaseman valitsi lähes 80 %, vaikka heistä osa ilmoitti, että ei osaa sanoa kantaansa vaihtoihkeisiin. Oman terveysaseman tilalle jonkun muun vaihtoehdon ilmoittaneiden joukossa ei ollut havaittavissa selkeitä suuntauksia. Valinnan kohdistuminen esimerkiksi juuri Hyvinkäälle näyttäisi olevan hyvin satunnaista.

5 Tutkimuksen luotettavuus

Määrällisessä tutkimuksessa käytetään luotettavuuden arvioinnissa kahta käsitettä reliabiliteettia ja validiteettia. Reliabiliteetilla tarkoitetaan tutkimustulosten pysyvyyttä eli sitä, että tutkimus toistetaan ja saadaan samat tulokset. Validiteetilla tarkoitetaan, että tutkitaan sitä, mitä on ollut tarkoitus tutkia.¹⁸⁹ Tässä opinnäytetyössä tutkittiin terveydenhuoltolain laajennettua kiireettömän hoidon hoitopaikan valintaa ja siitä mahdollisesti aiheutuvia seurauksia Hyvinkään terveyskeskukselle. Tavoitteena oli saada suuntaa-antava arvio siitä, hakeutuvatko lähikuntien asukkaat Hyvinkäälle hoitoon, ja jatkavatko nykyiset potilaat edelleen Hyvinkään terveyskeskuksessa asiointiaan. Valinnanvapauden ilmiö on Suomessa uusi, ja lain pykälä tulee voimaan ensi vuoden (2014) alusta.

Tutkimuksen lopputuloksiin vaikutti se, että Hyvinkään naapurikunnista Tuusula ei osallistunut tutkimukseen. Esimerkiksi tiedot siitä, mihin terveysasemaan valinnat kohdistuisivat, voisivat näyttää erilaiselta. Jokelan taajamasta arveltiin olevan vaihtohalukkuutta Hyvinkään suuntaan ja muualta Tuusulasta taas Mäntsälään. Kokonaisuuden kannalta kaikkien rajanaapurikuntien osallistuminen olisi luonut luotettavamman tuloksen. Jos tutkimus toistetaan, Tuusulan mukaan motivoimiseen tulisi kiinnittää vielä enemmän huomiota.

5.1 Tutkimuksen reliabiliteetti (pysyvyys)

Reliabiliteetti ei takaa validiteettia, koska väärä mittari voi tuottaa toistettaessa saman tuloksen. Ainoa keino varmistua tutkimuksen pysyvyydestä on toistaa tutkimus, mutta käytännössä se ei ole vaihtoehtona tehtäessä opinnäytetyötä. Uusintamittaukseen ei takaa realiteettia, koska ilmiö voi toistua. Tutkimus itsessään voi alkaa vaikuttaa tutkimustuloksiin, jos ihmiset alkavat kiinnittää huomiota tutkimuksessa olleisiin asioihin ja samalla muuttavat käyt-

¹⁸⁸ Hyvinkäällä 89 henkilöä on vaihtanut Paavolan terveysasemalta pääterveyskeskukseen ja 16 pääterveyskeskuksesta Paavolaan (0,2 % väestöstä) 1.5.2011–31.12.2012. Vaihtojen syynä ovat olleet tilat sekä henkilökemiat omalääkärin kanssa. Kauppinen & Uusitalo 27.2.2013.

¹⁸⁹ Kananen 2010, 128.

täytymistään.¹⁹⁰ Jotta tämän tutkimuksen luotettavuus voitaisiin taata, olisi suositeltavaa toistaa se esim. vuoden kuluttua tai jopa jo vuoden vaihteessa, kun valinnan vapaus laajenee. Tällöin voisi miettiä kysymysten asettelua tarkemmin. Laadun mittaamiseksi voisi käyttää sähköisessä kyselyssä ollutta kysymystä (tilanteeseen sopeuttaen) nykytilanteen ja tulevaisuuden valintakriteerien selvittämiseksi¹⁹¹. Reliaabelius voidaan todeta myös siten, että kaksi tutkijaa päätyy samaan tulokseen tutkittuaan samaa asiaa¹⁹². Oulussa on tutkittu kunnan rajan yli vaihtaneita ja tutkimuksen mukaan 8 % kuntalaisista oli vaihtanut terveysasemaa¹⁹³.

Oulussa tutkittiin todellisia vaihdon tehneitä ja tämän opinnäytetyön tutkimusongelmana mitattiin vasta tulevaisuudessa tapahtuvia vaihdon määriä. Hyvän hallinnon perusteella kansalaisille tulisi kertoa valinnanvapauden laajentumisesta. Toistaiseksi tutkimuksen kyselyyn vastanneiden perusteella ainakaan osa ei tiennyt tulevasta lakimuutoksesta. Kyselylomakkeissa oli alkuun johdanto sekä saate, joissa kerrottiin tutkimuksen taustalla olevasta lakipykälästä ja avattiin sen tarkoitus yleiskielellä. Terveyskeskusten ja niiden toimipisteiden henkilökunnan tulisi antaa tietoa tulevasta muutoksesta. Näin ollen kuntalaisten tiedot asiasta lisääntyvät. Jos tutkimus toteutettaisiin identtisenä uutena ajankohtana, voisi olla, että tietoisuuden lisääntyminen vaikuttaisi tuloksiin.

Reliabiliteetilla on kaksi alakäsitettä: stabiliteetti, joka mittaa mittarin pysyvyyttä ajassa sekä konsistenssi joka mittaa sitä, että mittarin eri osat mittaavat samaa asiaa.¹⁹⁴ Tutkimus toteutettiin lähes kaikilla terveysasemilla samanaikaisesti yhden viikon ajan. Riihimäen seudun terveyskeskuksen kuntayhtymän toimipisteissä kyselytutkimus suoritettiin välittömästi seuraavalla viikolla. Näiden kahden viikon ajan Hyvinkään verkkosivuilla oli avoinna lähes sama kysely verkkoversiona.

5.2 Tutkimuksen validiteetti (luotettavuus)

Määrällinen tutkimus pyrkii yleistämään ja ulkoisella validiteetilla pyritään mittaamaan tutkimustulosten yleistettävyyttä. Tämä tarkoittaa sitä, että tulokset pätevät samanlaisissa tilanteissa. Tutkimusasetelman on tällöin vastattava täysin sitä ryhmää, johon yleistys aiotaan kohdistaa.¹⁹⁵ Määrällisessä tutkimuksessa ei voida tutkia kaikkia niitä, joita asia koskettaa, koska populaatio on lähes 200 000 kuntalaista tässä tutkimuksessa. Vain osaa tutkitaan, mutta

¹⁹⁰ Kananen 2010, 129.

¹⁹¹ ”Millä perusteella valitsen perusterveydenhuollostasi vastaavan terveysaseman tällä hetkellä? Millä perusteella valitsen perusterveydenhuollostasi vastaavan terveysaseman vuodesta 2014 lähtien, kun voit valita terveysaseman myös asuinkuntasi ulkopuolelta?”

¹⁹² Hirsjärvi ym. 2001, 213.

¹⁹³ Paasovaara ym. 2012, 46.

¹⁹⁴ Kananen 2010, 129.

¹⁹⁵ Kananen 2010, 129.

valitaan niin, että osuus muodostaa otoksen populaatiosta. Otoksen tulee vastata populaatiota, ja se valitaan otantamenetelmiä käyttäen.¹⁹⁶

Tässä tutkimuksessa populaatio on osallistuneiden kuntien jäsenet. Kuka tahansa kyselyviikolla terveysasemalla käynyt saattoi vastata kyselyyn. Näin tavoitettiin terveysasemien varsinaiset käyttäjät. Kyselylomakkeessa kartoitettiin vastaajien vuosittaisia käyntikertoja terveysasemalla, minkä perusteella saatettiin tehdä johtopäätös, että vastaajat olivat todellisia terveysaseman kävijöitä. Vertailu populaatioon tehdään taustamuuttujien avulla. Tähän tutkimukseen valittiin taustamuuttujiksi yleisiä tilastokeskuksen käyttämiä taustamuuttujia eli sukupuoli, ikä, sosioekonominen tausta sekä asuinpaikka.

Sisältovaliditeetilla tarkoitetaan oikeiden mittareiden käyttämistä. Käytettyjen mittareiden perustelu ja dokumentaatio ovat tärkeitä. Taustamuuttujina on käytetty tilastokeskuksen tilastojen taustamuuttujia (ikä, sukupuoli, sosioekonominen tausta, asuinpaikka).¹⁹⁷ Ikäjakamana haluttiin tutkia alle 20-vuotiaita (koululaiset, myös osin opiskelijat), 20 - 64-vuotiaita (työikäiset), 65 - 74-vuotiaat (juuri eläköityneet) ja 75-vuotiaat (vanhukset). Sosioekonominen tausta voi erotella ihmisistä eri perusterveydenhuollon palvelujen käyttäjiä. Esimerkiksi vanhempainvapaalla olijat ovat todennäköisesti neuvolapalveluiden käyttäjiä ja työikäiset työterveyshuollon. Erityisryhminä ovat yrittäjät ja työttömät, jotka eivät kuulu työterveyden piiriin.

Rakennevaliditeetilla tarkoitetaan sitä, kuinka hyvin käsitteet on johdettu teoriasta.¹⁹⁸ Laajennettu kiireettömän hoidon hoitopaikan valinta kohdistuu perusterveydenhuollon palveluihin. Kiireellistä hoitoa on aina annettava ajasta ja paikasta riippumatta, mutta kiireettömään hoitoon liittyvä valinnan mahdollisuus on uusi käsite alalla. Tähän liittyy myös uudenlainen asiakaskeskeisyyden tarve. Valintaoikeus vahvistaa yksilön perusoikeuksia, mutta voi johtaa järjestämistahon (eli kunnan) vaikeuksiin.¹⁹⁹ Julkisesti onkin keskusteltu siitä, miten asiakasmaksuja ryhdytään perimään niiltä, jotka vaihtavat terveysasemaa oman kunnan rajojen ulkopuolelle.²⁰⁰

Kriteerivaliditeetilla tarkoitetaan muiden tutkimusten käyttöä omien tutkimustulosten tukena. Jos muut ovat saaneet vastaavia tuloksia, voidaan viitata niihin. Tämä edellyttää aikaisempien tutkimusten olemassaoloa.²⁰¹ Koska ilmiö on uusi, ei aikaisempia tutkimuksia juuri-

¹⁹⁶ Kananen 2010, 129.

¹⁹⁷ Kananen 2010, 130.

¹⁹⁸ Kananen 2010, 131.

¹⁹⁹ Ks. esim. HE 90/2010, 7.

²⁰⁰ Ks. esim. HS 3.9.2013. Helsingin asukkailta ei peritä maksua terveyskeskuskäynnistä, mutta entäpä ulkopaikkakuntalaiselta, joka on vaihtanut perusterveydenhuollon palvelunsa helsinkiläiselle terveysasemalle?

²⁰¹ Kananen 2010, 131.

kaan löytynyt. Oulussa oli otettu varaslähtö valintamahdollisuuteen keväällä 2011, kuten aiemmin tässä työssä on kerrottu. Tähän vertailuun palataan tarkemmin myöhemmin tässä luvussa.

5.2.1 Vertailu populaatioon

Hyvinkääläisiä vastaajia oli tässä tutkimuksessa suhteellisesti eniten johtuen siitä, että mukana oli useita toimipisteitä toisin kuin muissa osallistuneissa kunnissa. Hyvinkään sairaalan päivystyksessä kerätystä vastauksista vain 5 % asui muualla kuin Hyvinkäällä, vaikka päivystyksessä asioi yöaikaan (klo 22 - 08) myös muiden kuntien asukkaita. Tuusulassa ja Nurmijärvellä asuvia vastaajia oli niin vähän, että heidän vastauksistaan on vaikea tehdä yleistyksiä. Naiset ovat yliedustettuina tässä tutkimuksessa. Naisia oli vastaajista 70 % ja miehiä 30 %. Joko naiset käyvät useammin terveysasemilla, tai he vastaavat todennäköisemmin kyselyihin.²⁰² Naisten käyntejä terveysasemilla lisää lastenhankinta ja muu perhesuunnitteluun liittyvä terveydenhuolto.

	Miehet	Naiset	Yhteensä
Hausjärvi	51 %	49 %	100 %
Hyvinkää	49 %	51 %	100 %
Loppi	51 %	49 %	100 %
Mäntsälä	49 %	51 %	100 %
Nurmijärvi	50 %	50 %	100 %
Riihimäki	49 %	51 %	100 %
Tuusula	50 %	50 %	100 %
Suomi	49 %	51 %	100 %

Taulukko 20: Sukupuolijakauma kunnittain

Vuosittaisten terveyskeskuskäyntien perusteella pystyi laskemaan keskimääräisen viikkokävijämäärän. Kyselyn toteutusaika oli viikko, joten vertaamalla viikoittaiseen kävijämäärään saadaan lasketuksi vastanneiden suhde todellisiin kävijämääriin.²⁰³ Yksittäiseltä terveysasemalta kerättyjen vastausmäärä oli pieni, koska kato paperikyselyissä on normaalisti paljon suurempi kuin esimerkiksi henkilökohtaisilla haastatteluilla. Yhteismäärässä päästiin kuitenkin yli sadan, jolloin tulosta voidaan pitää onnistuneena. Enemmän vastauksia olisi saatu, jos olisi ollut mahdollista olla henkilökohtaisesti paikalla ja aktiivisesti kannustaa kävijöitä vastaamaan kyselyyn. Tämä olisi vaatinut kuitenkin kohtuuttomasti aikaa ottaen huomioon toimipis-

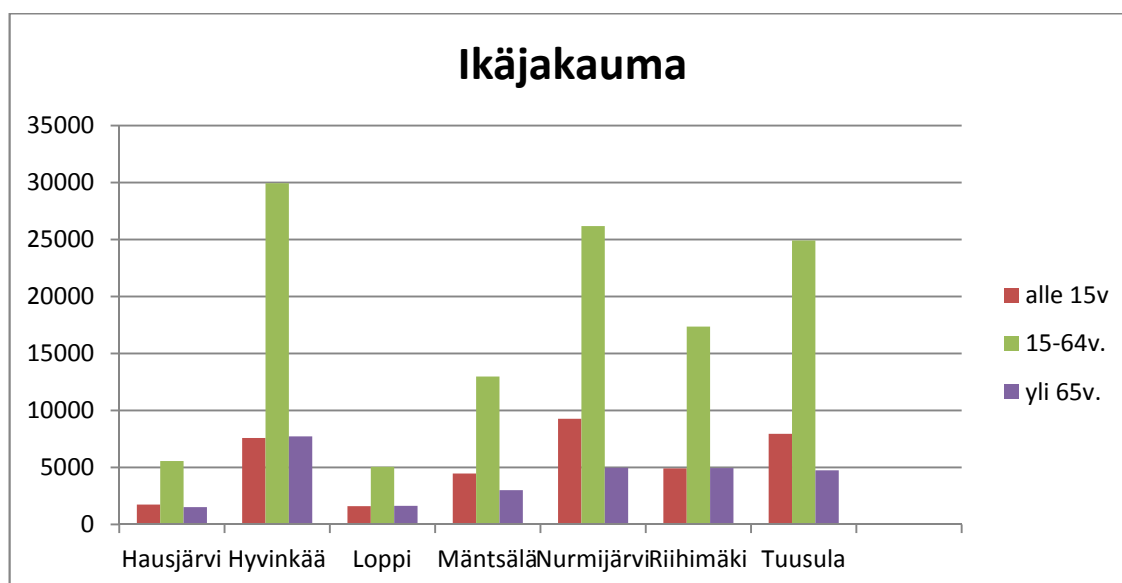
²⁰² Myös Kelan tutkijan kokooman aineiston mukaan yksityisellä lääkäriasemalla käyneistä 66 % on naisia, Blomgren: Hän on tyypillinen yksityislääkärin potilas.

²⁰³ Kauppinen & Uusitalo 27.2.2013; Hämäläinen 5.6.2013; Sorvari 8.6.2013; Puolakka 10.6.2013.

teiden määrän ja sen, että kysely haluttiin suorittaa samanaikaisesti joka paikassa. Taulukossa 21 on käytetty vain paperilomakkeisiin vastanneiden kokonaismäärää, koska verkkokyselyyn vastanneet eivät käyneet terveysasemalla ja heidän vastauspaikkaansa ei voida tätä tutkimusta varten todentaa.

	Käyntejä/pv	Vastaajien osuus
Hausjärvi	372	7 %
Hyvinkää	2317	4 %
Loppi	371	4 %
Mäntsälä	938	1 %
Nurmijärvi	1499	0 %
Riihimäki	925	2 %

Taulukko 21: Otoksen koko n167



Kuva 10: Kuntien ikäjakauma

Kuvassa 10 näkyy kuntien ikäjakauma Suomen virallisen tilaston mukaisissa ikäryhmissä. Taulukossa 21 on ikäryhmien suhteellinen osuus kuntien väestöstä sekä koko Suomen väestörakenne. Kyselyyn vastanneista 64 % oli 20 - 64-vuotiaita, joten siltä osin tulos vastaa kuntien ikärakennetta. Yli 65-vuotiaiden osuus on tässä tutkimuksessa ylikorostunut verrattuna väestörakenteeseen. Tämä johtuu siitä, että eläkeläiset käyttävät suhteellisesti eniten terveyspalveluita. Tutkimusten mukaan²⁰⁴ eniten terveyskeskuskäyntejä on eläkeikäisellä yli 65-vuotiaalla ja vähiten työikäisellä (15 - 64-vuotiaalla) väestöllä. Työikäiset käyttävät yleensä

²⁰⁴ Ks. esim. THLb 2011, tilastoraportti 30/2011.

työterveyspalveluita ja koululaiset ja opiskelijat koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoa. Nuorilla työikäisillä naisilla lasten saanti yleensä tilapäisesti lisää terveyskeskuskäyntejä.

	alle 15v	15-64v	yli 65v	Yhteensä
Hausjärvi	20 %	63 %	17 %	100 %
Hyvinkää	17 %	66 %	17 %	100 %
Loppi	19 %	61 %	20 %	100 %
Mäntsälä	22 %	63 %	15 %	100 %
Nurmijärvi	23 %	64 %	12 %	100 %
Riihimäki	17 %	59 %	17 %	100 %
Tuusula	21 %	66 %	13 %	100 %
Suomi	16 %	65 %	19 %	100 %

Taulukko 22: Kuntien ikäjakauma

Vastaajat kirjoittivat hyvin vähän perusteluja Muu syy-valinnalle paperilomakkeisiin. Verkossa olleeseen kyselyyn saatiin paljon pitempiä vastauksia, jotka on käsitelty tarkemmin tulosten analysointi -alaluvussa. Vastaajista 20 % ilmoitti valitsevansa muun kuin oman terveysaseman, mutta vain harva kirjoitti, minkä he valitsisivat. Näin ollen toistaiseksi näyttää olevan hyvin satunnaista se, minne valinta kohdistuu. Kyseessä on uudenlainen tilanne terveydenhuollossa, ja suurin osa väestöstä ei vielä tiedä valinnanmahdollisuuksistaan. Terveyskeskukset muun muassa Espoossa ovat keränneet tietoa potilaista, jotka ovat vaihtaneet oman kunnan sisällä terveysasemaa sen tultua mahdolliseksi toukokuussa 2011. Tutkimuksen mukaan hyvin harva vaihtaa. Espoo on aloittamassa yhdessä THL:n kanssa tarkemman tutkimuksen vaihtamisesta sekä siihen johtavista syistä.²⁰⁵

5.2.2 Vertailu Oulun VALO-tutkimukseen

Oulun tutkimuksen²⁰⁶ mukaan 8 % oululaisista oli vaihtanut terveysasemaa toukokuusta 2011 toukokuuhun 2012 mennessä. Kirjeitä valintaoikeudesta lähetettiin kaikkiaan 122 000 kappaletta. Vaihtaneita on hieman vähemmän kuin tämän tutkimuksen perusteella Hyvinkäällä ja sen naapurikunnissa asuvat ennakoivat vaihtoaikkeitään. Suurin osa vaihtoilmoituksista tehtiin Oulussa heti lain tultua voimaan 1.5.2011. Tiedottaminen keväällä 2011 vaikutti vaihtoilmoitusten määrään.²⁰⁷ Näin ollen voisi olettaa, että vuoden vaihteessa 2014 on odotettavissa vastaavanlainen piikki vaihdoissa, mikäli kuntalaisia on muistutettu valintaoikeuden laajentumisesta.

²⁰⁵ Heinänen (kehittämisjohtaja, Espoon kaupunki) 1.3.2013.

²⁰⁶ Paasovaara ym. 2012, 46.

²⁰⁷ Paasovaara ym. 2012, 47.

Kuten tässä opinnäytetyössä on käynyt ilmi, myös Oulun kokemuksissa terveysaseman sijainti oli eräs valintaan vaikuttava kriteeri. Sijainnilla oli useita tarkentavia perusteita, esim. työpaikka, koti tai muu asiointi suuntautuu samalle alueelle. Palvelun laatu, asioinnin helppous, julkinen liikenne sekä palvelujen saatavuus olivat valintakriteerejä Oulun tutkimuksessa.²⁰⁸ Näitä samoja vaihtoehtoja käytettiin tämän tutkimuksen kyselylomakkeessa.

6 Johtopäätökset

Terveyskeskusten tulisi julkisina toimijoina hyvän hallinnon periaatteiden mukaisesti kertoa kuntalaisille terveysaseman valintaoikeudesta. Tähän tutkimukseen verkossa saatujen vastausten perusteella kaikki eivät tienneet lakimuutoksesta. Näin ollen tiedotukseen tulisi vielä panostaa, jotta velvollisuus kansalaisten valistamisesta koskien valintaoikeutta täyttyisi. Kyselylomakkeita terveysasemille ja toimipisteisiin toimitettaessa kävi ilmi, että jopa henkilökunnan uutta lakia koskevissa tiedoissa oli puutteita. Eräille hoitajille tuli yllätyksenä valinnanvapauden laajentuminen.

Mäntsälän terveysasemalla todettiin yhdeksi terveydenhuoltolain ongelmakohtaksi tai ristiriidaksi se, että kunnalla ei ole velvollisuutta järjestää kotisairaanhoidtoa kunnan ulkopuolelle²⁰⁹. Kaikki perusterveydenhuollon palvelunsa henkilö voi siirtää muualle, mutta samoissa terveyskeskuksen tiloissa toimivaa kotisairaanhoidtoa valinnanvapaus ei koske. Mäntsälässä kotisairaanhoidon lääkärit ovat samoja kuin terveyskeskuksen, jolloin hoitohenkilökunnan vaihtaminen ei käytännössä onnistu. Kotisairaanhoidossa olevien on käytettävä oman kunnan terveysaseman palveluja. Valintaoikeuden laajentaminen tarkoittaa neuvonnan lisäämistä ja sitä, että tiedot hoidosta ja hoitovaihtoehtoista annetaan ymmärrettävällä tavalla²¹⁰.

Hyvinkään sairaalan päivystyksen henkilökunta epäili, kestääkö terveydenhuollon järjestelmä mahdollisista terveysaseman vaihtajia. He olivat huolissaan aikojen saatavuudesta, koska nykytilanteessakin terveysasemalle pääsyä joutuu odottamaan. Ilmeisesti aikoja kuntalaisille kuitenkin saadaan järjestettyä, koska hoitotakuu toteutui Hyvinkään alueella.

Aikaisemmista tutkimuksista Sitran tekemä ”Kokemuksia Ruotsin ja Suomen malleista” oli lähinnä tämän tutkimuksen aihepiiriä. Terveyskeskukset Espoossa ovat keränneet tietoa potilaista, jotka ovat vaihtaneet oman kunnan sisällä terveysasemaa sen tultua mahdolliseksi toukokuussa 2011. Tutkimuksen mukaan hyvin harva vaihtaa. Espoo on aloittamassa yhdessä

²⁰⁸ Paasovaara ym. 2012, 49.

²⁰⁹ Ks. myös StVM 40/2010.

²¹⁰ HE 90/2010, 145.

THL:n kanssa tarkemman tutkimuksen vaihtamisesta sekä siihen johtavista syistä. Heidän tarkoituksenaan on selvittää myös, minkälainen on tyypillinen vaihtaja.²¹¹

Kelan tutkija Blomgrenin kokoaman aineiston mukaan yksityislääkäripalveluita käyttävät pienituloiset yli 65-vuotiaat naiset. Tutkija haastoi myös terveydenhuoltoa kilpailuun, josta voitaisiin saada potkua alalle. Kilpailun on Uudellamaalla aloittanut Sipoo, joka mainosti valtakunnallisessa sanomalehdessä terveyspalveluitaan vedoten tulevaan valinnan vapauteen²¹². Sipoon todettiin myöhemmin samassa lehdessä onnistuneen yhtenä Uudenmaan kunnista parhaiten terveydenhoidon järjestämisessä.

6.1 Valinnan vapauden laajentumisen mahdolliset ongelmat

Suurimmat haasteet tuntuvat liittyvän väestön liikkeiden ennakkointiin. Kolmen viikon siirtymäaika on varsin lyhyt, jos ajatellaan mahdollisia suuriakin liikkuvia massoja. Terveyskeskusten henkilöstömäärä on riippuvainen poliitikkojen päätöksistä. Terveyskeskusten on ollut vaikea saada täytetyksi nykyisiä virkoja. HUS:n alueella on tehty päätös, jonka mukaan vuokralääkäreitä ei enää terveyskeskuksissa käytettäisi. Poliittisessa päätöksenteossa on huomioitava, että kuntien talousarviossa terveyspalveluihin on varattu riittävät määrärahat. Toki potilaan kotikunta on velvollinen kustantamaan terveyspalvelut, mutta uudesta laista voitua lisää kustannuksia vastaanottavalle terveysasemalle. Näitä kustannuksia ei ehkä vielä pystytä laskemaan.

Vuoden aikaraja ei tunnu kohtuulliselta, jos valitun hoitopaikan hoidon tai palvelun laatu ei vastaa odotettua. Tällöin vuoden rajausta ei saisi olla ehdoton. Esimerkiksi omaishoitajaksi toiselle paikkakunnalle siirtyneelle ja sittemmin takaisin kotikuntaansa palanneelle henkilölle vuoden ehdoton raja on kohtuuton. Asiakaslähtöisyyttä tässä asiassa tulisi edelleen kehittää. Ainoa kriteeri potilaan hoidon tarpeen arvioimiseksi on hänen yksilöllinen tarpeensa. Milloinkaan syynä ei saa olla hänen maksukykynsä tai taloudellinen tilanteensa. Tämä pätee kiireellisissä ja kiireettömissä hoidon pääsyn arvioinneissa.²¹³

Oulun kunnan esimerkin perusteella voisi olla järkevää, että kuntalaisilta kysyttäisiin suoraan, missä he aikovat tulevaisuudessa asioida tarvitessaan perusterveydenhuoltopalveluita. Samalla pyydettäisiin Oulun tapaan valinta kirjallisena. Näin voitaisiin ennakoida paremmin resursien tarvetta. Tämä malli tosin heikentää hieman kansalaisen vapaata valinnan mahdollisuutta, koska ihmiset eivät välttämättä ole vielä ehtineet perehtyä asiaan ja vapauden tulisi to-

²¹¹ Heinänen (kehittämisjohtaja, Espoon kaupunki) 1.3.2013.

²¹² HS 12.6.2013 & 24.8.2013.

²¹³ Ks. esim. EOA 3323/2010

teutua milloin tahansa ei tiettyä ajankohtana. Toisaalta hyvällä tiedotuksella parannetaan kuntalaisten tietämystä ja mahdollisesti tyytyväisyyttä palveluihin.

Julkinen sektori tuottaa 77 % ja yksityinen 23 % kansantalouden terveydenhuollon palveluista. Yksityisen sektorin osuus kasvoi 1990-luvun puolivälistä 2000-luvun puoliväliin. Tämän jälkeen kasvu on hidastunut, koska julkisen sektorin palveluihin tehdyt panostukset (mm. hoitotakuu) alkoivat näkyä.²¹⁴ Kyselytutkimukseen vastanneista Hyvinkään ja naapurikuntien asukkaista yli puolet kertoi käyttävänsä yksityisiä yleislääkäripalveluita. THL julkisti lokakuun alussa oman ehdotuksensa sosiaali- ja terveysalan rahoittamiseksi²¹⁵, missä lisättäisiin kansalaisten oikeutta valita julkisen palvelun lisäksi yksityisiä palveluita mutta samaan hintaan. Ruotsin ”vård-val” toimii samantapaisella periaatteella²¹⁶.

Toimialan kehittymiseen liittyvänä haasteena voidaan mainita esim. kilpailuttamisella saadut hyödyt. Tavoitteena on tähän asti ollut kustannussäästöjen hakeminen ja palveluiden jatkuvaan kysyntään vastaaminen. Alalla tulisi sen sijaan tavoitella palveluiden uudistamista ja uusien palvelukonseptien kehittämistä. Tuottavuuden kehitys alalla on heikentynyt viime aikoina, ja tuottavuutta kehittämällä voidaan vaikuttaa merkittävästi alan työvoimatarpeeseen.²¹⁷ Palveluiden kehittymiseen vaaditaan kuluttajilta tulevaa kysyntää. Ehkä tulevan lainmuutoksen yhteydessä näin käy.

EY-tuomioistuimen ennakkoratkaisukäytäntö on tehnyt potilaista kuluttajia, jotka voivat valita, mistä hankkivat tarvittavan hoidon. Tämä mahdollisuus rajoittuu maksukykyisiin potilaisiin, joilla on varaa maksaa matka- ja muut kustannukset. Kyseessä on eräänlainen potilaiden eliitti, joka voi matkustaa ympäri Eurooppaa saadakseen hoitoa. Tämä voi vaarantaa terveydenhoidon tehokkaan saatavuuden. Terveysturismin seurauksena voi syntyä alueita, joilla on terveyspalvelukeskittymiä, ja toisaalla palvelut köyhtyvät. Direktiivi voi johtaa joissakin tapauksissa ylikuormittumiseen ja kasvattaa hoidon saatavuuden ja laadun eroja eri jäsenvaltioissa.²¹⁸ Terveyspalveluiden tuotteistus ja hinnoittelu otettaneen Suomessa käyttöön, kun potilaan mahdollisuus valita hoitopaikkansa laajenee kattamaan koko maan. Nykytilanteessa kunnalle syntyy säästöjä, jos sen asukas hakee toisesta jäsenvaltiosta hoitoa valtion kustannuksella. Näin ollen kunnilla ei ole riittävästi taloudellista yllykettä lyhentää hoitojonoja ja vahvistaa hoidon saatavuutta.²¹⁹

²¹⁴ Hartman & Kahri 2011, 17.

²¹⁵ Erhola ym. 2013.

²¹⁶ Ks. esim. Erhola ym. 2013, 28.

²¹⁷ Hartman & Kahri 2011, 19.

²¹⁸ Tuovinen 2012, 47.

²¹⁹ Tuovinen 2012, 84 - 85.

Valinnanmahdollisuuksien laajentuessa tosiasiallisena seurauksena voi olla epätasa-arvon kasvu. Potilaan mahdollisuus valita hoitopaikka ja oikeus päästä hoitoon tavallaan kilpailevat keskenään. Toinen uhka valinnanvapauden lisääntymisessä on terveydenhuollon priorisointi markkinamekanismien keinoin, jolloin valinnanvapautta voivat käyttää vain maksukykyiset kuluttajat. Paine tähän kasvaa, koska terveyspalvelut määritellään osaksi EU:n sisämarkkinoita. Kehityksen painopiste siirtyy tasa-arvoisesta ja solidaarisesta mallista kohti markkinaehtoista ideologiaa, joka korostaa terveyspalveluiden taloudellisia puolia oikeudenmukaisuuden ja palveluiden saatavuuden kustannuksella. Koko väestölle yhtäläisesti saatavilla olevien riittävien terveyspalveluiden takaaminen on vaikeasti yhteen sovitettavissa vapaan liikkuvuuden kanssa. Oikean tasapainon löytäminen liikkumisvapauden ja terveydenhuoltoon liittyvien yleisten etujen välillä on tärkeää.²²⁰

Hyvinvointivaltion turvaamisesta on keskusteltu laajasti eri medioissa. Pääministeri Jyrki Kataisen hallitusohjelman hyvinvointipolitiikka pitää sisällään mm. vaikuttavat sosiaali- ja terveyspalvelut, jotka ovat hyvinvointiyhteiskunnan sosiaalisen ja taloudellisen kestävyysperusedellytykset. Näiden turvaamisessa pääpaino on palveluiden laadun, saatavuuden ja vaikuttavuuden parantamisessa. Julkisten palveluiden merkitys korostuu tasa-arvon ja yhdenvertaisuuden takaajana. Hallitus lupaa kunnille, että mahdollisuuksia järjestää palveluita vahvistetaan. Terveyspalveluissa pyritään ennaltaehkäisevään toimintaan ja asiakkaan aseman parantamiseen. Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen luvataan ottaa huomioon kaikessa yhteiskunnallisessa päätöksenteossa.²²¹ Talouden taantuma on pakottanut kunnat jo useita vuosia jatkuneelle säästökuurille, sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus polkee paikallaan ja yhteiskuntavastuuta vaaditaan kaikilta. Valitettavasti raha ratkaisee, ja tällöin on helppo karsia mm. ennaltaehkäisevää työtä, asiakastyytyäisyydestä sekä lisäinvestoinneista. Näitä kaikkia tarvittaisiin, jotta laajeneva valinnanvapaus voisi toimia.

6.2 Kohti asiakkuutta

Asiakkaalla tarkoitetaan terveydenhuoltolain valmisteluissa sosiaalihuollon asiakaslaissa tarkoitettua asiakasta sekä potilaslaissa tarkoitettua potilasta (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 159/2007). Tärkeä osa asiakkuutta on mahdollisuus tehdä valintoja. Kun asiakkaan eli potilaan valinnanmahdollisuuksia lisätään, terveyspalveluissa muodostuu potilaan näkökulmasta suuri haaste tietämyksestä. Hän tarvitsee avukseen terveydenhuollon ammattilaisen auttamaan parhaan valinnan teossa.²²² Potilaalla on selvästi parempi oikeusturva kuin asiakkaalla, joka usein joutuu itse aktiivisesti etsimään tietoa oikeuksistaan kuluttajana ja itse huolehtimaan oikeuksien toteutumisesta. Terveyskeskusten tulee

²²⁰ Tuovinen 2012, 86.

²²¹ Pääministeri Jyrki Kataisen hallituksen ohjelma 2011, 55.

²²² HE 90/2010, 36 - 37.

jatkossa olla entistä enemmän perillä nykytilastaan. Asiakaskeskeisyys voi johtaa tehokkaampaan toimintaan, kun esimerkiksi palvelun laatua seurataan tarkemmin. Mahdollisen kilpailun kiristyessä hyvällä palvelulla on merkitystä kuntalaisten tekemiin valintoihin.

Pekka Himasen kiistellyssä tutkimuksessa (Sininen kirja) vedotaan hyvinvointiyhteiskunnan puolesta. Siinä painotetaan tulevaisuuden varalle entistä enemmän ennaltaehkäisevää hyvinvointia. Pyritään vaalimaan terveyttä sairauden hoitamisen sijaan.²²³ Tätä samaa ennaltaehkäisyä tarvitaan terveydenhuollon muuttamiseksi ihmiskeskeisemmäksi²²⁴.

Kun potilaista tulee kuluttajia, sovelletaanko terveyspalveluihin jatkossa kuluttajansuojalakeja. Onko kuluttajalla aito mahdollisuus valita? Potilaiden mieltäminen kuluttajina ei ole ongelmatonta. Professori Hannu Valtonen totesi Taloustaito lehdessä (8/2013), että kuluttajan voima terveydenhuollon markkinoilla on kasvanut, mutta terveydenhuollossa ei voi ”shoppaila kuin autokaupassa”. Valtonen jatkoi vielä, että kysyntä ja tarjonta eivät muodostu samoin kuin normaalimarkkinoilla eli potilas ei itse tiedä, mitä hän on ostamassa ja miten häntä tulisi hoitaa.²²⁵ Ihmiskeskeisen mallin luomisessa terveydenhuoltoon potilas ja organisaatio rakentaisivat yhdessä asiakkaan kannalta ensiluokkaisia ratkaisuja²²⁶.

Potilaskäsitteen muovautuminen asiakaskäsitteeksi ei välttämättä ole hyvä kehitys, jos se vaarantaa potilaan oikeuksien toteutumisen. Potilaskeskeisyyden lisääntyminen terveydenhuollossa esim. parempana ja ystävällisempänä palveluna on kuitenkin hyvä kehityssuunta. Kehityssuunnasta holhoavasta lääkärisuhteesta enemmän keskustelemaan ja neuvovaan potilassuhteeseen voi olla jopa terveyden kannalta ennaltaehkäiseviä vaikutuksia.

6.3 Loppusanat

Tieteellisen tiedon kriteerit ovat tietoa, joka on mm.: tutkimuskohteesta objektiivisesti kertovaa, auktoriteetteja ja uskomuksia epäilevää, kriittisen ajattelun ja tutkimuksen kautta syntynyttä, julkista, uusia totuuksia etsivää ja virheitä korjaavaa sekä riippumatonta ulkopuolisista intresseistä.²²⁷ Tässä opinnäytetyössä toimeksiantajalla oli intressinä saada tietää, hakeutuvatko potilaat jatkossa Hyvinkään terveyskeskuksen toimipisteisiin hoidettaviksi. Aineiston keruuseen käytetyssä kyselylomakkeessa oli vastaajille annettu tieto siitä, kuka tutkimuksen oli tilannut ja miksi se tehtiin. Päättökysymys ”kuinka moni aikoo hakeutua hoitoon kotikuntansa ulkopuolelle?” oli kerrottu saatteessa. Tutkimuksessa lähtökohtana oli selvittää,

²²³ Himanen 2012.

²²⁴ Koivuniemi & Simonen 2011, 57.

²²⁵ Valtonen 2013, 26.

²²⁶ Koivuniemi & Simonen. 2011, 57.

²²⁷ Hirvonen 2011, 17.

vähentävätkö vai lisäävätkö potilaiden valinnat Hyvinkään terveystalvelujen kysyntää. Tutkimustulokset ovat julkisia, ja ne on toimitettu kaikille osallistuneille terveystalveluille.

Aiheeseen liittyy vielä paljon epävarmuustekijöitä. Kyselylomakkeen pilotoinnin yhteydessä kävi ilmi, että varsinkin taajama-alueiden asukkaat olivat hämmentyneitä laajentuvasta valinnanvapaudesta. Iäkäs vastaaja kysyi, että minne hän vaihtaisi? Pelkona oli lisäksi se, että kun hän ei enää itse pysty ajamaan autoa, millä hän kulkee terveystalvelulle. Kyseisen taajaman julkinen liikenne on olematonta. Tämän tutkimuksen perusteella vain harva ilmoitti julkisen liikenteen sujuvuuden olevan yksi valintakriteereistä. Sijainti sen sijaan oli yksi merkittävimmistä perusteista valinnalle.

Tässä opinnäytetyössä tutkittiin terveydenhuoltolain taustoja ja vaikutuksia potilasmäärille Hyvinkäällä ja naapurikunnissa. Jatkotutkimusaiheena voisi olla talouspoliittinen näkökulma, jolla pyrittäisiin arvioimaan muutoksen kustannusvaikutuksia. Toinen näkökulma voisi olla valinnanvapauden vaikutukset hoitotakuuseen, joka takaa kuntalaisille pääsyn terveydenhuoltoon kohtuullisessa ajassa. Kaikki kunnan asukkaat eivät jatkossa käytä oman kunnan terveystalveluksia, joten miten kansanterveyslain hoitoon pääsyn enimmäisaika mukautuu tähän. Pienten terveystalvelusten kohtaloksi voi koitua se, että ne eivät voi kilpailla suurien yksikköjen kanssa tehokkuudessa.

Lähteet

- Heuru, K. 2006. Perustuslaillinen kunnallishallinto. Helsinki: Edita Prima.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2001. Tutki ja kirjoita. 6-7. painos. Helsinki: Tammi.
- Husa, J., Mutanen, A. & Pohjolainen, T. 2008. Kirjoitetaan juridiikkaa. 2. uudistettu painos. Helsinki: Talentum.
- Jyränki, A. 2000. Uusi perustuslakimme. Turku: JuraNova.
- Jyränki, A. 2003. Valta ja vapaus. Valtiosääntöoikeuden yleisiä kysymyksiä. 3. laajennettu ja uudistettu painos. Helsinki: Talentum.
- Kananen, J. 2010. Opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Kananen, J. 2011. Kvantti. Kvantitatiivisen opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Kari, M., Kattelus, M. & Saari, J. 2008. Sosiaalinen Eurooppa murroksessa - Euroopan sosiaali- ja terveyspolitiikka Nro 191/2008. eurooppatiedotus.fi. Helsinki: Eurooppatiedotus.
- Kiljunen, K. 2005. Euroopan unionin perustuslaki. 2. uudistettu laitos. Ulkoasiainministeriö: Eurooppatiedotus.
- Koivuniemi, K. & Simonen, K. 2011. Kohti asiakkuutta. Ihmistä arvostava terveydenhuolto. Helsinki: Otava.
- Kotisaari, M-L. & Kukkola, S. 2012. Potilaan oikeudet hoitotyössä. Helsinki: Fioca.
- Lammi-Taskula, J. 2011. Sosiaali- ja terveydenhuollon perusteet. 7. uudistettu painos. Helsinki: WSOYPro.
- Lehtonen, L. 2010. Terveydenhuollon lainsäädäntö. Koskinen, M. (toim.) Helsinki: Edita Prima.
- Lohiniva-Kerkelä, M. 2004. Terveydenhuollon juridiikka. 3. uudistettu painos. Helsinki: Talentum.
- Lohiniva-Kerkelä, M. 2007. Terveydenhuollon juridiikka. 4. uudistettu painos. Helsinki: Talentum.
- Mikkeli, H. & Pakkasvirta, J. 2007. Tieteiden välissä? Johdatus monitieteisyyteen, tieteiden välisyyteen ja poikkitieteisyyteen. Helsinki: WSOY oppimateriaalit.
- Nieminen, L. 1996. Perusoikeuksien yksilöllisyys ja perhekäsitykset perusoikeusjärjestelmässä. Lakimies 5-6/1996.
- Orispää, K., Malmgren, N. & Strömberg, S. 2013. Healthcare: Quality and effectiveness for the benefit of the patient. Bluewings 1/2013.
- Paasovaara, K., Melin, T., Tuominen-Thuesen, M. & Juntunen, E. 2012. Valinnan vapaus perusterveydenhuollossa - Kokemuksia Ruotsin ja Suomen käytännöistä. Suomen itsenäisyyden juhlarahasto (Sitra). Helsinki: KL-Kustannus.
- Pahlman, I. 2003. Potilaan itsemääräämisoikeus. Helsinki: Edita Prima.
- Salmela, T. 1997. Autetaanko asiakasta - palvellaanko potilasta? Helsinki: WSOY.

Tuori, K. 2003. Oikeusjärjestys ja oikeudelliset käytännöt. Helsinki: Helsingin yliopiston oikeustieteellinen tiedekunta.

Tuorila, H. 2006. Onnistunut lääkarissäkäynti - Potilaskuluttajan opas. Helsinki: Edita.

Tuovinen, A-K. 2012. Euroopan unionin toisessa jäsenvaltiossa syntyneiden sairaanhoitokustannusten korvaaminen. Helsinki: Kelan tutkimusosasto.

Valtonen, H. 2013. Liian kallis odotus? Taloustaito 8/2013.

Ulkoasiainministeriö. 2009. Valtioneuvoston selonteko Eduskunnalle Suomen ihmisoikeuspolitiikasta 2009. Ulkoasiainministeriön julkaisuja 7/2009. Helsinki: Edita Prima.

Elektroniset lähteet

Erhola, M., Jonsson, P., Pekurinen, M. & Teperi, J. 2013. Jonottamatta hoitoon - THL:n aloite perusterveydenhuollon vahvistamiseksi. THL. Viitattu 8.10.2013. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/344caaad-2793-4b73-a350-2fa3a00f192d>

Euroopan Unioni. Treaty on European Union. Official Journal C 191, 29 July 1992. Viitattu 14.8.2013. <http://eur-lex.europa.eu/fi/treaties/dat/11992M/htm/11992M.html>

Hartman, S. & Kahri, P. 2011. Hoito- ja hoivapalveluiden kansainvälistyminen ja vienti - mahdollisuudet sekä työryhmän ehdotukset strategisiksi linjauksiksi. Työ- ja elinkeinoministeriö. Verkkojulkaisu. Konserni 2/2011. Viitattu 11.9.2013. http://www.tem.fi/files/28924/2_2011.pdf

Himanan, P. 2012. Sininen kirja. Suomen kestävä kasvun malli - Luonnos kansalliseksi tulevaisuushankkeeksi. Valtioneuvosto. Viitattu 1.10.2013. <http://valtioneuvosto.fi/tiedostot/julkinen/pdf/2012/sininen-kirja/fi.pdf>

Hirvonen, A. 2011. Mitkä menetelmät? Helsinki. Viitattu 12.9.2013. http://www.helsinki.fi/oikeustiede/tutkimus_ja_julkaisut/julkaisut/yleinen_oikeustiede/hirvonon_mitka_metodit.pdf

Hoitotakuu. Nurmijärvi. Viitattu 10.6.2013. http://www.nurmijarvi.fi/perhe_ja_hyvinvointi/terveyspalvelut

Jonotusajat. Riihimäen seudun terveyskeskuksen kuntayhtymä. Viitattu 10.6.2013. <http://www.riihimaenseudunterveyskeskus.fi/rstk/>

Koivuranta-Vaara, P. 2011. Terveystieteen laatuopas. Helsinki: Suomen Kuntaliitto (verkkojulkaisu). Viitattu 8.10.2013. http://shop.kunnat.net/product_details.php?p=2597

Maanmittauslaitos. Karttapaikka. Viitattu 18.10.2013. <http://kansalaisen.karttapaikka.fi/kartanhaku/paikannimihaku.html?e=387333&n=6718360&scale=400000&tool=siirra&width=600&height=600&mode=orto&lang=fi>

Partanen, M-L., Palomäki, P., Koskela, A., Salo, P. & Laine, V. 2008. Uusi terveydenhuoltolaki - Terveystieteenhuoltolaki työryhmän muistio. Sosiaali- terveysministeriön selvityksiä 2008:28. Viitattu 11.9.2013. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-9404.pdf

Reissell, E., Kokko, S., Milen, A., Pekurinen, M., Pitkänen, N., Blomgren, S. & Erhola M. 2012. Sosiaali- ja terveydenhuollon päivystys Suomessa 2011. Terveystieteen- ja hyvinvoinninlaitos (THL). Raportti 30/2012. Viitattu 11.9.2013. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/bc917b3e-23e1-495a-85a4-6ffb9db22482>

Risikko, P. 2010. Terveystenhuoltolaki - Yhteinen sisältölaki perusterveydenhuollolle ja erikoissairaanhoidolle 10.6.2010. Viitattu 21.8.2013.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=42730&name=DLFE-11730.pdf

Terveyspalvelut. Hausjärvi. Viitattu 10.6.2013.
<http://www.hausjarvi.fi/Hausjarvi/Sivut/Terveystenhuolto/www.hyvinkaa.fi>

Terveyspalvelut. Loppi. Viitattu 10.6.2013.
<http://www.loppi.fi/Loppi/Palvelut/Kuntapalvelut/Terveystenhoito/>

Terveyspalvelut. Mäntsälä. Viitattu 10.6.2013. <http://www.mantsala.fi/hyvinvointi-ja-perhe/terveyspalvelut/terveyspalvelut>

Terveyspalvelut. Riihimäki. Viitattu 10.6.2013.
<http://www.riihimaki.fi/Riihimaki/Terveyspalvelut/>

THLa. 2011. Perusterveydenhuolto 2011. Tilastoraportti. Viitattu 14.8.2013.
http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110227/Tr20_13.pdf?sequence=1

THLb. 2011. Perusterveydenhuollon avohoitokäynnit terveyskeskuksissa 2010. . Suomen virallinen tilasto. Viitattu 11.9.2013.
http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80141/Tr30_11.pdf?sequence=1

THLc. 2011. Laki ja asiakkaan oikeudet. Sosiaali- ja terveydenhuollon ulkopuoliset tekijät - työryhmä - Loppuraportti IV. Viitattu 11.9.2013. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/eb13ab84-e504-459d-9a75-a985451a3e58>

Tilastokeskus. 2012. Suomen virallinen tilasto (SVT). Suomen virallinen tilasto [verkkajulkaisu]. Helsinki: SVT-väestörakenne 31.12.2012. Viitattu: 10.6.2013. <http://tilastokeskus.fi/til/vaerak/>

Valvira. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. 2012. Kiireettömään hoitoon pääsy - valtakunnallinen valvontaohjelma 2012-2014. Valvontaohjelmia 8:2012. Helsinki. Viitattu 25.1.2013. http://www.valvira.fi/files/tiedostot/h/o/Hoitoonpaasyn_valvontaohjelma.pdf

Yle. Yöpäivystys on kaikkien saatavilla. Viitattu 22.8.2013.
http://yle.fi/uutiset/yopaivystys_on_kaikkien_saatavilla_-_mutta_millaisilla_eroilla/6633071?ref=leiki-es

Painamattomat lähteet

Blomgren, J. 2013. Hän on tyypillinen yksityislääkärin potilas. Kelan tutkimusosaston aineisto.

Heinänen, T. Kehittämisjohtaja. Espoon kaupunki: Sosiaali- ja terveyspalvelut. Sähköposti: Terveysaseman valintaoikeudesta Espoossa. 1.3.2013.

Hämäläinen, M. Perusterveydenhuollon osastonhoitaja. Mäntsälän kunta. Sähköposti: Liittyen tutkimukseeni (Terveysaseman vaihtamisesta Hyvinkäällä). 5.6.2013.

Puolakka, S. Osastonhoitaja. Riihimäen terveyskeskuksen kuntayhtymä. Sähköposti: Selvitys uuden lain mukaisesta terveysaseman valintaoikeuden käytöstä. 10.6.2013.

Sorvari, R. Johdon sihteeri. Nurmijärven kunta: Sosiaali- ja terveyspalvelujen toimiala. Sähköposti: Tutkimuslupapyyntö. 8.6.2013.

Kauppinen, E. Ylihoitaja & Uusitalo, T. Avohuollon johtava ylilääkäri. Tapaaminen: Hyvinkään terveyskeskus. 14.1.2013.

Kauppinen, E. Ylihoitaja & Uusitalo, T. Avohuollon johtava ylläkäri. Tapaaminen: Hyvinkään terveyskeskus. 27.2.2013.

Kauppinen, E. Ylihoitaja & Uusitalo, T. Avohuollon johtava ylläkäri. Tapaaminen: Hyvinkään terveyskeskus. 23.4.2013.

Kauppinen, E. Ylihoitaja & Uusitalo, T. Avohuollon johtava ylläkäri. Tapaaminen: Hyvinkään terveyskeskus. 12.6.2013.

Kuvat

Kuva 1: Kuluttajan päätöksentekomallii	32
Kuva 2: Terveyskeskuskäynnit 2012	36
Kuva 3: Väestö 31.12.2012	36
Kuva 4: Minkä terveysaseman valitsisit? n40	44
Kuva 5: Millä perusteella valitset perusterveydenhuollosta vastaavan terveysaseman? n2346	
Kuva 6: Millä perusteella valitset terveysaseman (verkkokysely nyt ja 2014)? n26	47
Kuva 7: Vastaajien asuinpaikka n193.....	51
Kuva 8: Vastaajien ikä n193.....	52
Kuva 9: Vastaajien sosioekonominen tausta n193.....	53
Kuva 10: Kuntien ikäjakauma.....	61

Taulukot

Taulukko 1: Aiotko vaihtaa terveysasemaa v. 2014? n193	43
Taulukko 2: Minkä terveysaseman valitsisit? n193	44
Taulukko 3: Kuinka pitkä matka on kotoasi nykyiselle terveysasemallesi? n193	45
Taulukko 4: Millä perusteella valitset perusterveydenhuollostasi vastaavan terveysaseman? n193	46
Taulukko 5: Kuinka usein asioit terveysasemalla? n193	49
Taulukko 6: Käytätkö yksityisiä yleislääkäripalveluita? n193	49
Taulukko 7: Vaihtaisitko käyttämäsi yksityisen lääkärin palvelut julkiseen perusterveydenhuoltoon? n108	50
Taulukko 8: Vastaajien sukupuoli n193	50
Taulukko 9: Vastaajien ikäjakauma n193.....	51
Taulukko 10: Vastaajien sosioekonominen tausta n193	52
Taulukko 11: Kuinka pitkä matka on nykyisin käyttämällesi terveysasemalle? n193	53
Taulukko 12: Millä perusteella valitset terveysaseman? n193	54
Taulukko 13: Kuinka usein asioit terveysasemalla? n193	54
Taulukko 14: Käytätkö yksityisen yleislääkärin palveluita? n193.....	54
Taulukko 15: Vaihtaisitko julkiseen terveydenhuoltoon? n107	55
Taulukko 16: Sukupuolijakauma ja vaihtoaikeet n193	55
Taulukko 17: Ikäjakauma ja vaihtoaikeet n193.....	55
Taulukko 18: Sosioekonominen tausta ja vaihtoaikeet n193.....	56
Taulukko 19: Asuinpaikka ja vaihtoaikeet n193	56
Taulukko 20: Sukupuolijakauma kunnittain	60
Taulukko 21: Otoksen koko n167.....	61
Taulukko 22: Kuntien ikäjakauma.....	62

Liitteet

Liite 1 Terveystieteiden tutkimuslaki mahdollistaa hoitopaikan valinnan - kyselylomake	76
Liite 2 Kyselylomakkeen saate.....	78
Liite 3 Hyvinkään ja lähialueiden kartta.....	79

Liite 1 Terveysthuoltolaki mahdollistaa hoitopaikan valinnan - kyselylomake

Terveysthuoltolaki mahdollistaa hoitopaikan valinnan

Voit valita itsellesi sopivan terveysaseman v. 2014 alkaen mistä päin Suomea tahansa. Tämän kyselyn tarkoituksena on selvittää, aiotko Sinä käyttää oikeuttasi valita. *Julkisiin perusterveydenhuollon palveluihin kuuluvat: oma lääkäri, suun terveydenhuolto ja neuvolapalvelut*, jos vaihdat terveysasemaa, myös nämä vaihtuvat. Perusterveyden huoltoon eivät kuulu opiskelu- ja kouluterveydenhuolto eikä pitkäaikainen laitoshoido. Kyselyyn voit vastata nimettömästi. Huomaa, että kysely jatkuu paperin kääntöpuolelle. Vastaa piirtämällä (X) sopivan vastausvaihtoehdon kohdalle.

1. Vuoden 2014 alusta Sinulla on oikeus valita mikä tahansa terveysasema Suomessa vastaamaan perusterveydenhuollostasi. Aiotko käyttää oikeuttasi valita joku muu terveysasema kuin nykyisin käyttämäsi?

	Kyllä
	Ei
	En osaa sanoa

2. Minkä terveysaseman valitsisit? Jos valitset vastauksen Muu, kirjoita kenttään terveysaseman nimi ja sijainti.

	Nykyisin käyttämäni terveysasema
	Muu, mikä?

3. Kuinka pitkä matka kotoasi on nykyisin käyttämällesi terveysasemalle?

	alle 1 km
	1 - 3 km
	yli 3 km

4. Millä perusteella valitset perusterveydenhuollostasi vastaavan terveysaseman v. 2014 alkaen, kun voit valita terveysaseman myös asuinkuntasi ulkopuolelta?

	Sijainti
	Hyvät kulkuyhteydet (julkinen liikenne)
	Hyvä palvelu
	Lääkäriaikojen saatavuus
	Muu syy, mikä?

HUOM! Käännä sivua. Kysely jatkuu seuraavalle sivulle ->

5. Kuinka usein asioit terveyskeskuksessa?

	0-1 krt vuodessa
	2-3 krt vuodessa
	yli 3 krt vuodessa

6. Käytätkö yksityisiä yleislääkäripalveluita? Yksityisiä lääkäripalveluita tarjoavat esim. Mehiläinen, Suomen Terveystalo ja Aava.

	Kyllä
	Ei

7. Jos vastasit edelliseen kysymykseen kyllä, vaihtaisitko yksityisen terveydenhuollon palvelusi julkiseen terveydenhuoltoon?

	Kyllä
	Ei

Lopuksi vastaatko seuraaviin taustatietoja kartoittaviin kysymyksiin.

8. Sukupuoli

- 1) Nainen 2) Mies

9. Ikä

- 1) alle 20v. 2) 20-64 v. 3) 65-74 v. 4) yli 75 vuotta

10. Oletko tällä hetkellä

- 1) Opiskelija 2) Vanhempainvapaalla 3) Työssä 4) Yrittäjä
5) Työtön 6) Eläkkeellä?

11. Kirjoita viivalle asuinpaikkakuntasi.

Kiitos vastauksistasi!

Liite 2 Kyselylomakkeen saate

Arvoisa potilas,

Hyvinkään terveystieteiden tutkimuskeskuksen toimeksiannosta tehdään tutkimus: Selvitys uuden terveydenhuoltolain mukaisesta terveysaseman valintaoikeuden käytöstä Hyvinkäällä ja naapurikunnissa. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, kuinka moni aikoo hakeutua hoitoon kotikuntansa ulkopuolelle. Tutkimuksen suorittajana on Anna Koivumäki Laurea-ammattikorkeakoulusta Hyvinkäältä.

Uusi terveydenhuoltolaki tuli voimaan toukokuun 2011 alusta. Se laajensi vapautta valita hoitopaikka ja hoitohenkilöstö julkisessa terveydenhuollossa. Vuodesta 2014 alkaen on mahdollisuus valita oma terveysasema myös koti-kunnan ulkopuolelta.

Terveydenhuoltolaki (1326/2010):

”48 § Laajennettu kiireettömän hoidon hoitopaikan valinta

Henkilö voi valita perusterveydenhuollostaan vastaavan terveyskeskuksen ja terveyskeskuksen terveysaseman 2 ja 3 luvussa tarkoitettujen palvelujen saamiseksi. Valinnasta on tehtävä kirjallinen ilmoitus sekä hoitovastuussa olevan kunnan että valitun kunnan terveyskeskukselle. Hoitovastuu siirtyy valitun kunnan terveyskeskukselle viimeistään kolmen viikon kuluttua ilmoituksen saapumisesta. Henkilön valinta voi kohdistua samanaikaisesti vain yhteen terveyskeskukseen ja terveysasemaan. Uuden valinnan voi tehdä aikaisintaan vuoden kuluttua edellisestä valinnasta. Valinta ei koske 16 §:ssä tarkoitettua kouluterveydenhuoltoa, 17 §:ssä tarkoitettua opiskeluterveydenhuoltoa eikä pitkäaikaista laitoshoidoa. Kunnalla ei ole velvollisuutta järjestää 25 §:ssä tarkoitettua kotisairaanhoidoa oman alueensa ulkopuolelle.”

Valinnan mukana siirtyvät kaikki perusterveydenhuollon palvelut (oma lääkäri, suun terveydenhuolto, neuvolapalvelut) yhtenä kokonaisuutena.

Tutkimukseen voi osallistua täyttämällä oheisen kyselylomakkeen ”Terveydenhuoltolaki mahdollistaa hoitopaikan valinnan”. Kaikki tutkimuksen aikana kerättävät tiedot käsitellään luottamuksellisina ilman nimeä tai muita tietoja henkilöllisyydestä.

Tähän tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista.

Lisätietoja tutkimuksesta antavat Hyvinkään terveyskeskuksen johtava ylihoitaja Eeva Kauppinen ja avohuollon johtava ylilääkäri Tuija Uusitalo.

Kiitos osallistumisestasi

Liite 3 Hyvinkään ja lähialueiden kartta²²⁸

AANMITTAUSLAITOS - KARTTAPAikka

arttatuloste

